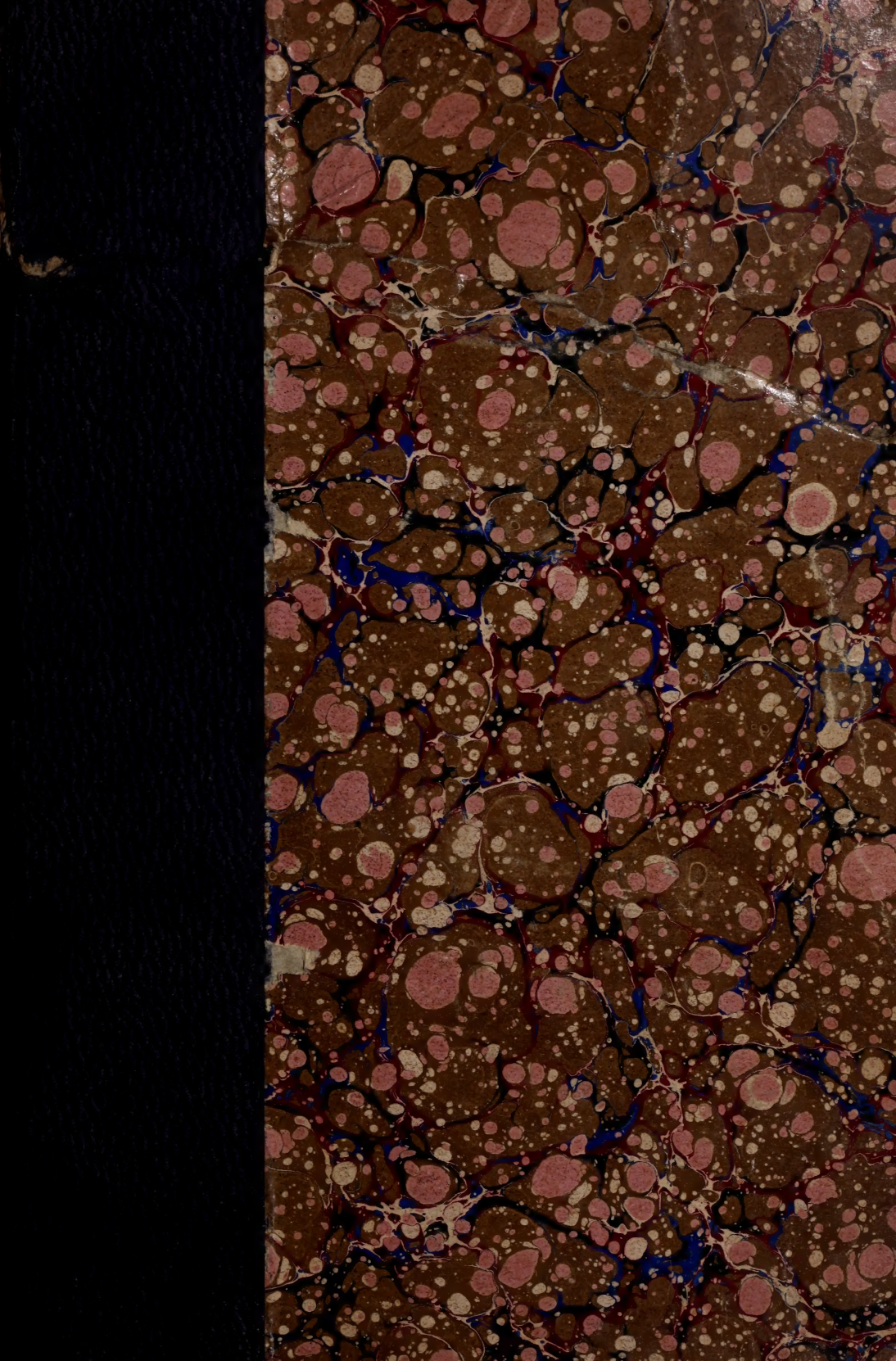


17394

Class _____ No. _____

Presented by

H. A. Hare, M. D.

61

New Yorker

Medicinische Monatsschrift.

Officielles Organ der

Deutschen Medicinischen Gesellschaft der Stadt New York.

Redigirt von

Dr. ALFRED MICHEL.

Band IX.

Januar-December,

1897.

NEW YORK:

VERLAG DER MEDICAL MONTHLY PUBLISHING COMPANY.

DRUCK DER CHEROUNY PRINTING AND PUBLISHING CO.,

17 to 27 Vandewater Street, N. Y.

DEC 31 1898

New Yorker Medicinische Monatsschrift.

Redigirt von Dr. ALFRED MICHEL.

Inhaltsverzeichniss von Band IX.

ORIGINALARBEITEN:

SEITE

Aerzlichen Praxis, Ueber den wirthschaftlichen Niedergang der. Von Dr. W. Freudenthal 88

Dermoidcyste der Zunge. Von Dr. Otto Kiliani 579

Dyspeptikern, Ueber die Diät bei. Von Dr. Henry Elsner 583

Gallensteinkrankheiten, Vorträge zur Einleitung der Discussion über.

1. Klinische Betrachtungen der Gallensteinkrankheiten vom Standpunkt der Inneren Medicin. Von Dr. Leonard Weber 1
2. Gallensteinerkrankungen ohne Icterus. Von Dr. J. Adler. 8
3. Die chirurgischen Gesichtspunkte der Gallensteinerkrankungen. Von Dr. F. Lange 27

Coroners Office, Betrachtungen aus der. Von Dr. E. W. Hoeber ... 279

Gangrän, Fall von partieller — nach Extirpation eines Aneurisma popliteum dissecans. Von Dr. C. Beck 318

Griechenland, Aus. Von Dr. A. Rose 587

Gynäcologie, Der gegenwärtige Stand der, in Europa. Von Dr. J. Wiener, Jun. 363

Harnröhrenstricturen, Resultate der electrischen Behandlung der im Vergleiche mit anderen Methoden. Von Dr. R. Newman 419, 475

Hyperacidität, Meine Erfahrungen über. Von Dr. G. Liebmann 311

Hydrotherapie, Fehlgriffe in der. Von Dr. S. Baruch 129

Impfschild, Ein neues. Von Dr. A. Seibert 644

Iristuberculose, Ueber Impfungen bei. Von Dr. Denig 377

Lungentuberculose, Hygienisch-Diätetische Behandlungsmethode der. Von Dr. Geo. Mannheimer 253

Nauheimer Quellen und ihre Wirkung. Von Dr. Wachenfeld 143

Niere und des Ureters, Beiträge zur Chirurgie der. Von Dr. A. Gerster 189

Ohres, Die Funktionstörung des, und ihr Werth für die Diagnose der chronischen nicht eitrigen Mittelohrentzündungen. Von Dr. Max Toeplitz 635

Polycorie und Iriscolobom, Ein Fall von. Von Dr. A. Schapringer. 322

Pylorus, Ein weiterer Fall von congenitaler Hyperthrophie und Stenose des. Von Dr. F. Schwyzer 485

Retroflexio Uteri, Zur Behandlung der. Von Dr. H. J. Boldt 489

Rhachitis und Verwandtes. Von Dr. A. Jacobi 527

Sclerodermie, Ein Fall von — erfolgreich behandelt mit Extractum Thyreoideae. Von Dr. Leonard Weber 545

Speichelsteine, Ueber. Von Dr. W. Freudenthal 492

SEITE
Speiseröhre, Die Besichtigung der, und der Cardia. Von Dr. Max Einhorn 639
Tabakintoxication, Die chronische, speziell in aetiologischer und neurologischer Hinsicht. Von Dr. G. W. Jacoby..... 65
Vasogenpräparate, Ueber die Bedeutung der. Von Dr. C. Mohnheim. 432

KRITIKEN UND REFERATE:

Antefixirung des Uterus, Die Anatomie und Behandlung der Geburtsstörungen nach. Von Dr. W. Rühl..... 593
Augenarzt, Der practische Arzt als. Von Dr. Helm..... 153
Augenheilkunde, Grundzüge der. Von Prof. I. Stilling..... 646
Chirurgie, Lehrbuch der speciellen. Von Prof. Dr. E. Albert..... 549
Blutes, Grundriss einer klinischen Pathologie des. Von R. von Limbeck 46
Blutes, Klinische Pathologie des. Von E. Grawitz..... 47
Childhood, The Diseases of Infancy and, by L. E. Holt..... 220
Coeur, Semiologie du. Par Ch. Bouchard..... 441
Diphtherie, Serumbehandlung. Von Dr. F. Ganghofner..... 553
Drahtsäge, Zur practischen Verwerthung der. Von Dr. L. Gigli.... 550
Eye, System of the Diseases of the. By American, Dutch, French, German and Spanish authors, edited by Norris and Olliver, I. vol..... 150
Finger-compression, Direct intra-abdominal, of the common iliac artery during amputation of the Hip-joint. By Ch. McBurney 331
Hamburger Staatskrankenanstalten, Mittheilungen aus den, Heft 1—3 649
Herzens, Hypertrophie des. Von A. Horvath..... 439
Herzens, Krankheiten des, und ihre Behandlung. Von O. Rosenbach 440
Hints, Surgical for the surgeon and general practitioner. By H. Lilienthal 550
Hip-joint, report of sixty-nine cases of amputation at the, by the author's methods. By J. A. Wyeth..... 331
Hygiene, Jahresbericht über die Fortschritte und Leistungen, auf dem Gebiete der. Von Dr. R. Wehmer. Jahrgang 1895..... 552
Jahrbuch der practischen Medizin. Von Dr. J. Schwalbe..... 551
Kehlkopfs, Die bösartigen Geschwülste des, und ihre Radicalbehandlung. Von Dr. J. Sendzjak..... 443
Klinische Untersuchungsmethoden, Atlas der. Von Dr. Ch. Jakob. 556
Laryngologie und Rhinologie, Handbuch der. Von Dr. P. Heymann. 148
Malariaparasiten, Referat über, mit besonderer Berücksichtigung der Arbeiten von Dr. N. Jancso und M. Rosenberger, Blutuntersuchungen der im Jahr 1894 vorgekommenen Malariafälle etc. (Deutsches Archiv für klinische Medicin Bd. 57. Heft 5.) Ferner die Arbeiten Mannabergs. Die Malariaplasmodien, (Wien 1895) und Baccelli, Studien über Malaria (1895) etc. 48
Massage, Handbook of. By Dr. G. Norström..... 97
Nase, Krankheiten der, deren Nebenhöhlen und des Nasenrachenraumes. Von Dr. C. Rosenthal..... 652
Navy, Report of the Surgeon-General, U. S.'s, to the Secretary of the Navy, 1896..... 44

17394

SEITE
Nervöse Zustände, ihre psychische Behandlung. Von O. Rosenbach. 222
Nervenkrankheiten, Winke zur Diagnose der peripheren und centralen, mit Hülfe der wichtigsten ophthalmologischen Untersuchungsmethoden. Von Ch. A. Oliver 332
Nervensystem, Diagnostik der Krankheiten des. Von Dr. A. Goldscheider 442
Ophthalmological Society, Transactions of the American, 1897, 154, 333
Pharmacotherapie, Lehrbuch der. Von R. Kobert 441
Psychosen, Ueber puerperale. Von Dr. O. Knauer 594
Schädeloperationen, Zur Technik der. Von A. Obalinski 550
Summer-diarrhoeas of infants, A bacteriological and anatomical study of the. By Dr. W. D. Booker 51
Toxicologie, Lehrbuch der. Von L. Lewin 551
Verdauungsorgane, Lehrbuch der Krankheiten der. Von F. Fleiner. 94
Verbandlehre, Atlas und Grundriss der. Von Dr. A. Hoffa 96
Warmen Länder, Krankheiten der. Von B. Scheube 330
Zoonosen, V. Band der speciellen Pathologie und Therapie. Von Prof. Nothnagel 648

EDITORIELLES:

An die Leser 32
Academy of Medicine, Das 50jährige Jubiläum der Gründung der New York 173
Bubonenpest, Die, in Djeddah 406
Gelbe Fieber, Das, im Süden 562
Heidenhain, Heinrich† 618
Kurzsichtigkeit, die Operative Behandlung der hochgradigen 462
Schiffsärzte, Vorbereitungscurse für 564
Stiftungsfest, Das 36., der Deutschen Medicinischen Gesellschaft. 34
Tuberculbacillen in New York, Zur Verstaatlichung der 122
Tuberculin versus Tuberculose, Die neue Phase im Kampfe 351
Tuberculin, TR, Klinische Mittheilungen über das neue 459
Virchow's, Rudolf, Jubelband 677
Wohnungsdesinfection mittelst Formalinlampen 619

SITZUNGSBERICHTE:

Deutsche Medicinische Gesellschaft von New York, 38, 100, 157, 223, 288, 334, 382, 443, 498, 595, 653.
Wissenschaftliche Zusammenkunft Deutscher Aerzte in New York, 110 W. 34. Str., 164, 168, 296, 343, 397, 505, 557, 607, 669.
Wissenschaftliche Sitzung der Aerzte der Deutschen Poliklinik in New York, ... 172, 349, 611
Deutsches Medicinisches Kränzchen, Chicago 402, 405

VERSCHIEDENES:

Heitzmann, Carl, Gedächtnissrede auf. Von Dr. Leonard Weber .. 54
Du Bois-Reymond†. Von Dr. S. T. Meltzer 59
Galvanisation, Die chemische Wirkung der, auf lebendes Gewebe. Von Dr. Müller 675
Internationaler Medicinischer Congress, Programm 242
Moskau, Mittheilung vom Congress in. Von Dr. W. Gleitsmann 510

THERAPEUTISCHE UND KLINISCHE NOTIZEN:

62, 125, 178, 247, 303, 356, 409, 466, 514, 566, 621, 677

KLEINE MITTHEILUNGEN:

63, 126, 184, 249, 306, 359, 413, 471, 520, 573, 628, 685

New Yorker
Medicinische Monatsschrift.

Officielles Organ der
Deutschen Medicinischen Gesellschaft der Stadt New York.
Redigirt von Dr. Alfred Michel.

Bd. IX. New York, 20. Januar, 1897. No. 1.

ORIGINALARBEITEN.

VORTRÄGE

zur Einleitung der Diskussion über „Gallensteinkrankheiten.“ *)

I.

Klinische Betrachtung der Gallensteinkrankheiten vom Standpunkte der inneren Medicin.

Von
Dr. Leonard Weber.

Meine Herren: Wenn ich der Aufforderung unseres Herrn Präsidenten, die Discussion der Gallensteinkrankheiten vom medicinischen Standpunkte aus einzuleiten, nicht ungerne nachgekommen bin, so beruht mein Entschluss zunächst darauf, dass ich Ihnen einige ziemlich schwere Fälle mittheilen kann, in welche ich durch consequent fortgesetzte Behandlung mit Carlsbader Brunnen, Oeleingiessungen in den Darm, heissen Breiumschlägen auf das Epigastrium und gelegentlichen Morphiumeinspritzungen recht gute therapeutische Erfolge erzielt habe. Ferner darauf, dass in Bezug auf die Frage, wann im gegebenen Fall der Arzt den Chirurgen zu Rathe ziehen soll, die Grundsätze, welche im Anfange der 80er Jahre von Langenbuch aufgestellt worden sind, mir in vortheilhafter Weise zur Richtschnur gedient haben. Dieselben

* Nach der seit Jahren in der deutsch-med. Gesellsch. eingebürgerten Sitte, wichtige actuelle Themata zur allgemeinen Diskussion zu bringen, entstanden auf Anregung des Präsid. Dr. Willy Meyer die 3 Vorträge, welche die Originalarbeiten dieser Nummer bilden und welche in der Novembersitzung gehalten wurden. Die sehr umfangreiche Diskussion zu dieser Gallensteintrilogie kann wegen Raummangels erst in der nächsten Nummer erscheinen.

sind präcis und gleichzeitig conservativ und mit deren Einhaltung glaube ich den Bedürfnissen meiner Patienten sowohl als meiner eigenen Verantwortung gerecht geworden zu sein in zufriedenstellender Weise. Von chirurgischer Seite werden wir ja hören in wie fern diese Sätze erweitert oder berichtigt worden sind im letzten Decennium, zunächst aber möchte ich sie in Anbetracht ihrer Wichtigkeit für den Praktiker und zur Beleuchtung meiner Casuistik hier anführen. Langenbach sagte:

1. Gallensteine entstehen fast immer in der Gallenblase, nur ausnahmsweise in den Lebergallengängen und nur ungemein selten an beiden Orten zugleich.

2. Das Gallenblasensteinleiden bedarf nur in Ausnahmefällen der chirurgischen Behandlung.

3. Diese kann in der einfachen Entleerung der Steine aus der Blase oder in der Excision der Blase bestehen.

4. Die blosse Entleerung der Gallenblase ist nur bei dem Nachweis normal gebliebener Gallenblasenwand zulässig, also mehr in den frischen Fällen. Doch hat diese Operation unter allen Umständen grosse Mängel, lästige Gallenfistel z. B. und schützt in keiner Weise vor Recidiven.

5. Im Gegensatz hierzu ist die Excision ohne gefährliche Complicationen und führt zur raschen Heilung.

In der Beobachtung und Behandlung meiner Fälle will ich also zunächst die Erfahrung im Auge behalten, dass das Gallensteinleiden in sehr vielen Fällen in einem oder einigen Jahren den Ausgang in complete Heilung nimmt, in einer anderen — weit geringeren Zahl — aber nicht. Therapeutisch war mein Verfahren in oben angegebener Weise immer energisch und stets darauf bedacht, die Patienten vor dem horror des Morphinismus zu bewahren. Gestatten Sie die Mittheilung einiger Beispiele aus meiner Casuistik, welche Sie vielleicht interessiren und als Belege für die oben gemachten Angaben dienen sollen.

Fall 1. 1870. Frau G. H., alt 34, multi-para aus gesunder Familie; kräftig. Ihr Mann hatte leichte Syphilis gehabt, die aber schon Jahre vor dem Eingehen der Ehe symptomlos geworden war. Circa 1 Jahr nach der Geburt des zweiten Kindes Galactorrhoe, allmählige Atrophie des uterus, Amenorrhoe. Patientin wird blass, fett, schwach, sieht anämisch aus, klagt viel über Magenbeschwerden, Aufstossen, hie und da Erbrechen. Diese Erscheinungen nehmen an Heftigkeit zu, dauernde Schmerzen im Epigastrium, Schmerzanfälle mit Erbrechen, begleitet von gelegentlichem Frost und Fieber. Unglücklicher Weise mit Bezug auf Frühdiagnose hatte Patientin vor dem Gallensteinleiden

wirkliche Intermittens gehabt, in Folge dessen längere Zeit falsche Diagnose, lautend: Magencatarrh, Gastralgie, möglicherweise ulcus, das ganze Bild complicirt durch Malaria latens. Ein sehr erfahrener College, zur Consultation gezogen, bestätigte die Diagnose und glaubte Gallensteine entschieden ausschliessen zu müssen. Nach dreimonatlichen Bestand des heftigen Leidens kam ich eines Tages ins Haus, als Patientin eben einen heftigen, von grasgrünem Erbrechen begleiteten Anfall hatte, und sagte Herrn H., dass ich nun doch annehmen möchte, dass seine Frau Gallenstein hätte, und Carlsbad indicirt wäre. So, sagte er, das hat ja ziemlich lange gedauert, bis die Herren dem Uebel auf die Spur gekommen sind; da nehme ich doch meine Frau lieber gleich nach Carlsbad und setze alle Behandlung hier bei Seite Das geschah denn auch, und es sollen im Laufe der ersten Kur zwischen 30 und 40 kleine Concremente in den Stühlen gefunden worden sein. Die Pilgerfahrten nach Carlsbad wurden mehrmals gemacht, und die Frau soll von ihrem Leiden befreit sein. Als Clienten sind die Leute mir nicht wieder hold geworden.

Fall 2. 1874. C. L., 60 Jahre alt, Koch. Belastung konnte nicht eruirt werden, hat immer viel getrunken und geraucht, unregelmässiger Stuhlgang. Oktober hindurch Anfälle, welche in allen ihren Begleiterscheinungen auf Gallensteinkolik passten. Carlsbader Kur etc. ganz erfolglos. Von Mitte November an rasch fortschreitender Icterus und Kachexie, die Gallenblase nicht gross, imponirt als harter unregelmässiger Tumor; Verdacht auf Carcinom. P. stirbt im Januar 1875, die Autopsie erweist Carcinoma vesicae felleae mit einem rauhen Solitärstein in der Höhle.

Fall 3. Fette Frau von 40 Jahren. Fall 4 und 5. Männer in den mittleren Jahren in den Jahren von 1875—'80 beobachtet, boten typische Fälle von Gallensteinkolik dar mässigen Grades. Fall 3 ist auf 2 Carlsbaderkuren in Carlsbad selbst gut geworden und geblieben. Fall 4 und 5 sollen ebenfalls dort gebessert worden sein.

Fall 6. 1887. Frl. S. M., 35 Jahre, Lehrerin. Keine Belastung. Abdominaltyphus in der Jugend, dyspeptische Beschwerden und Stuhlverstopfung in den letzten Jahren. Mässig heftige Anfälle seit 1884, jedesmal vom Icterus begleitet, bedeutend vergrösserte, mässig empfindliche Gallenblase, deutlich zu palpiren bei der ersten Untersuchung. Ich sagte P. im Voraus, dass in ihrem Falle weder Carlsbader Wasser noch Oel noch Druckmassage von Nutzen sein werden, sondern dass die Gallenblase entweder entleert oder entfernt werden müsste. Die Operation der Incision wurde, glaube ich, im Roosevelt Hospital vorgenommen, eine Fistel blieb lange bestehen.

Fall 7. 1893. Recht interessanter Fall des A. L., Kaufmann, alt 40, Syphilis vor 17 Jahren, in den letzten Jahren ohne Symptome. Seit 1888 häufig Kopfweh, dyspeptische Beschwerden und auch die nervösen Symptome der harnsauren Diathese. Im Frühjah '91 und '92 lästige Anfälle von Kothstauung im Colon — nahe der flexura hepatica, ohne Erbrechen oder Icterus, welche erst nach grossen und ziemlich lange fortgesetzten Eingiessungen in den Darm zu heben waren. Im Jahre '93 fing das Gallensteinleiden an, welches nicht gerade häufige, aber heftige Anfälle mit Frost und Temperatur bis 105,0 machte. Icterus u. s. w. Carlsbader Sprudelwasser, 1 Liter per Tag, zu Hause

getrunken, ein Monat lang, Oeleingiessungen, heisse Umschläge, Morphin ziemlich häufig. Solche Kuren wurden 3 im Laufe des Jahres gemacht, die Frage der Gallenblasenoperation wurde schon erörtert, als endlich ein Concrement abging, das ich Ihnen hiermit zeige. Darauf rasche Erholung und bald vollständiges Wohlbefinden bis zum Tode des P. in Folge eines mit dem urspünglichen Leiden nicht zusammenhängenden Accidens vor 1 Jahre.

Fall 8. Frau J. W., alt 54, kräftige Frau, ohne Belastung, machte im Jahre 1894—'95 Influenza mit schweren catarrhalischen Erscheinungen durch, ferner Kothstauungen des transversen und Catarrh des aufsteigenden Colon mit colossaler Aufblähung desselben u. s. w., endlich von Oktober '95 an ziemlich scharfe Symptome der Gallensteinkolik. Damit verbunden Leberschwellung und Empfindlichkeit, welche auf Stauung und wohl auch Catarrh der Lebergallengänge hinwiesen. Von November an habe ich die Gallenblase je nach der Zeit und Dignität der Anfälle mehr minder vergrössert fühlen können, aber niemals bedeutend. Im Laufe des Winters 1895—'96 habe ich den Eindruck gewonnen, dass es sich in diesem Falle wahrscheinlich mehr um Cholangitis und gelegentlicher Schleimverstopfung des Choledochus oder der grösseren Leber-Gallengänge handelt, als um Steine. Diät, Carlsbader Kuren zu Hause (60 bis 80 Flaschen im Laufe eines Jahres), Oeleingiessungen haben sich in diesem complicirten Falle entschieden bewährt. P. ist seit Mai '96 von allen Beschwerden frei geblieben.

Fall 9. G. B. W., alt 60, Lederhändler, ein besonders interessanter Fall, complicirt und nicht leicht in diagnostischer Hinsicht. Seit circa 30 Jahren nimmt P. Morphium, wenn man seinen Angaben glauben darf, nicht mehr als 0,20—0,24 pro die, eines sonderbaren laryngotrachealen Reizhustens wegen, der ihn peinigt, sobald er das Opium weglässt, und ihn in Frieden lässt, wenn er es nimmt. Meine eigenen und auch specielle Untersuchungen haben in Bezug auf dieses wahrscheinlich nervöse Leiden nichts ergeben; Syphilis, Tabes u. s. w. sind auszuschliessen. P. hat sich bis vor etwa 2 Jahren ganz gut befunden. Im Frühjahre '95 zuerst gelegentliche Fieberanfälle mit Schmerzen in Beinen, Brust und Bauch, etwas Milzvergrösserung; Malaria schien wahrscheinlich, um so mehr, als ich in der Familie, deren Wohnungsverhältnisse nicht gerade günstige zu nennen sind, schon früher Malariafälle behandelt hatte, und weil ferner Chinin und Purgantien Hülfe brachten und auch an den Abdominalorganen soweit nichts nachzuweisen war. Die Anfälle wiederholen sich im Winter 1895—'96, und seitdem bei jedem Anfalle Icterus und Gallenfarbstoffe im Urin, Empfindlichkeit und deutliche Schwellung der Leber im Anfalle, keine ausgesprochenen Gallensteinkoliken. Leber jetzt dauernd vergrössert und, soweit fühlbar, härter, als normal, Gallenblase nicht gerade empfindlich, scheinbar nicht vergrössert. Allgemeinbefinden seit 6 Monaten zusehends verschlimmert, Appetit und Verdauung gestört. Im ersten Stadium der Krankheit war Gallensteinleiden, verbunden mit Cholangitis, wahrscheinlich, jetzt betrachte ich den Fall mehr als hypertrophische Cirrhose. Mehrere leichte Carlsbader Kuren zu Hause gemacht, salicylsaures Natron; Oeleingiessungen u. s. w. haben keinen besonderen Einfluss ausgeübt. Eine Indication zu probatorischem chir. Vorgehen liegt zunächst vor.

Fall 10. L. H., jetzt circa 50 Jahre alt, im Jahre '67 wegen abscedirender Appendicitis von mir nach der alten Methode operirt, einer von 5 Fällen, welche ich zwischen 1867 und 1873 in derselben Weise und derselben Ursache wegen operirt und die bis heute wohl und ohne Recidive geblieben sind, trotzdem sie alle den Appendix noch im Leibe haben. P. wohnt seit Jahren in Europa, war vor 5 Jahren hier einen Winter hindurch und erzählte mir von einem Gallensteinleiden, das ihn seit zwei Jahren quäle und durch Carlsbader Kuren nicht geheilt wurde. Gallenblase zeigte sich bedeutend vergrössert. Im Jahre '94 kam er nicht mehr ohne Morphium aus, und ist ihm im vorigen Jahre vom Prof. Czerny die Gallenblase mit Erfolg excidirt worden, wie ich vernommen habe.

Fall 11. Der letzte, der mir vor 14 Tagen zugegangen ist. F. W., alt 36, Handlungsdiener, wohnt im äusseren Distrikt von Williamsburg, L. I., hat bis vor 5 Jahren häufig Intermittens gehabt, mit viel dyspeptischen Beschwerden einhergehend; dann gesund, bis anfangs dieses Jahres Gallensteinkoliken auftraten, heftig mit viel Erbrechen, Icterus, grossen Schmerzen und Fieber. Häufige Anfälle, beginnende Stoffwechselstörungen, Gewichtsverlust. Untersucht P. zuerst 3 Tage nach dem letzten Anfall; Gallenblasengegend in beträchtlicher Ausdehnung recht empfindlich, geschwollen, ziemliche Dämpfung; Leber empfindlich; Icterus noch vorhanden. Gallenblase entschieden vergrössert und gespannt. Das scheint mir nun ein Fall, bei dem von med. Behandlung so gut wie nichts zu erwarten ist. Immerhin ist es nothwendig gewesen, erst das Vertrauen des mir fremden P. zu gewinnen. Carlsbader Wasser, Oeleingiessungen u. s. w. haben wohl dazu beigetragen, dass der letzte Anfall gut abgelaufen ist. Bei der zweiten Untersuchung jedoch fand ich eben die Reizungserscheinungen des letzten Anfalls verschwunden, die Vergrösserung der Gallenblase aber und das fortwährende Unbehagen in statu quo ante. Ich hoffe, Patienten bald überzeugen können, dass längeres Zuwarten ihn der Gefahr weiterer localer Peritonitis, Ulcerationen der Gallenblase u. s w. aussetzt, während eine baldige Operation relativ gute Aussichten auf Heilung gewährt.

In dem letzteren Falle wurde längere Zeit auf Magenkrampf und auch an ulcus gedacht. In Fällen ohne Icterus wird die Differentialdiagnose oft recht schwierig sein, in der Mehrzahl der Fälle von Gallensteinerkrankungen wird ruhige Beobachtung und genaue und wiederholte Palpation den Arzt ziemlich rasch zur richtigen Diagnose führen; in irgend einem Falle sich mit der Bezeichnung „Gastralgia" abzufinden, wäre ebenso absurd, als „Seitenstechen" oder anhaltende „Leibschmerzen" ohne Untersuchung behandeln zu wollen.

Dies sind die Fälle, welche ich zusammengestellt habe und von denen ich glaubte, dass sie Ihr Interesse erregen würden. Ich habe noch ein paar Worte zu sagen in Bezug auf die Aetiologie. Diese Fälle sowohl wie die meisten anderen zeigen, dass es Gallensteine ohne vorherige Infektion der Galle selbst, resp. Erkrankung der Gallengänge oder der Gallenblase nicht giebt. Die Erkrankungen, die in meiner Casu-

istik und wahrscheinlich überhaupt in Bezug auf die Entstehung der Infektion und der Erkrankung der Gallengänge eine Rolle spielen, sind häufige Schwangerschaften, heftiges Schnüren und sonstige mechanische Störungen, die zu chronischen Stauungen in den Unterleibsorganen Veranlassung geben und Enteroptose bedingen. Der Abdominaltyphus ist ebenfalls eine Krankheit, die zu solchen Erkrankungen nachher Veranlassung geben kann. Ferner haben auch manche beobachtet, wie auch einige von den mitgetheilten Fällen zeigen, dass Syphilis als vorherige Krankheit, wenn nicht direkt, so doch indirekt eine Rolle spielt durch Kontamination des ganzen Systems, Störungen des Stoffwechsels im allgemeinen, und ferner glaube ich beobachtet zu haben, dass in einer Anzahl von Fällen Malaria als eine indirekt mit Gallensteinkrankheit zusammenhängende Erkrankung bezeichnet werden dürfte, endlich noch Kothstauung und Katarrhe des Colon.

Wie stelle ich mir nun die Art und Weise der Wirkung des Karlsbader Wassers vor? Gewiss nicht so, dass das Karlsbader- oder Emser- oder Marienbader- oder Neuenahrerwasser — das sind die vier Wasser, die meist gebraucht werden — einen spezifischen Effekt hat, respective Gallensteine löst. Aber ich denke, wir sind berechtigt zu sagen, und ich glaube diese Beobachtung gemacht zu haben, dass durch Zufuhr grosser Portionen eines alkalischen Mineralwassers, und vorzüglich des Karlsbader Sprudels und Schlossbrunnens eine starke kollaterale Strömung und damit eine Verdünnung der Galle, vielleicht auch eine erhöhte Alkalescenz erreicht wird, so dass vielleicht kleine Steine, die sonst nicht durch die Gallengänge getrieben würden, durchgehen.

Was die therapeutische Verwendung des Oels betrifft, so sind die Ansichten bekanntlich getheilt. Es giebt viele, die nichts, und solche, die grosse Stücke davon halten. Ich habe mich nicht davon überzeugen können, dass grössere Oeleingiessungen in den Darm oder Oeleinnahmen per os, was häufig von Patienten nicht gut vertragen wird, direkt helfen. Ich verordne desshalb den Patienten, spät abends eine grössere Portion Oel, wenigstens ein halbes bis ein Pint, in den Darm zu bringen (ziemlich hoch) und suche es durch Lagerung so einzurichten, dass die Patienten dieses Oel die Nacht durch behalten, und lasse dann jeden Morgen mit einer grösseren Portion einfachen Wassers oder Seifenwassers den Darm auswaschen, und ich glaube, dass die sodann erzielten bedeuten-

den fäkalen Entleerungen und Ausräumungen des Colon indirekt mit zur Erleichterung der Patienten und zur Verminderung der Anfälle beitragen. — Warum ich heisse Breiumschläge auf das Perigastrium anwende? Nun, ich habe Jahre lang beobachtet, dass sie ausgezeichnete Dienste thun bei schmerzhaften Krankheitszuständen des Magens, ulcus z. B., und ich bin so darauf gekommen, dieselben auch hier zu gebrauchen. Ich kann nur versichern, dass diese sehr heissen Breiumschläge ausserordentlich günstig wirken und uns häufig in den Stand setzen die Morphinspritze zu entbehren, und das ist ein äusserst wichtiges Ding bei Behandlung des Kranken. Es handelt sich nicht nur um die Gallensteine, sondern auch um den Menschen, der sie trägt. Ist der dem Morphinismus verfallen, so ist ein Schaden gestiftet, den vielleicht auch eine Operation später nicht wieder gut machen kann.

Es ist unnöthig, den Patienten zur Karlsbader Kur nach Karlsbad zu schicken. Nur muss man energisch die Kur machen, muss wenigstens 30 Tage lang einen Liter per Tag trinken lassen. Strenge Diät ist dabei notwendig: fette Sachen müssen vermieden werden, Hülsenfrüchte selbstverständlich. Mindestens drei mal in der Woche muss der Darm ausgewaschen werden durch Eingiessungen, indem man die Oeleingiessung den Abend vorher anwenden lässt.

Alle diese Behandlungen werden grosse Steine nicht durch den Choledochus treiben, das weiss ich sehr gut, aber viele Fälle von Gallensteinleiden, die ich gesehen habe, waren doch verhältnissmässig unschwer zu heilen, soweit das dauernde Freibleiben des Patienten von Beschwerden in Betracht kommt, und dabei habe ich eben gefunden, dass obige Methode recht gute Dienste leistet.

Was nun schliesslich die Momente betrifft, die mir als praktischen Arzt am meisten vorschweben, wenn ich den Chirurgen zu Rate ziehen soll, so kommt die Häufigkeit der Anfälle vor allem in Betracht. Wir beobachten nicht selten sehr hohe Temperatur, z. B. gleich in meinem ersten Fall. Dieser Fall, Schüttelfrost, 105° im Rectum, hat mich anfangs ziemlich erschreckt. Ich habe aber gesehen, dass der Reiz allein des eingeklemmten Steines im Gallengang genügend ist, solche Erscheinungen zu machen. Der praktische Arzt ist dadurch noch nicht veranlasst gleich an Ulceration in der Gallenblase, pyämische Vorgänge etc. zu denken. In wenigen Wochen können 4—5 solcher Anfälle vorkommen, und der Patient er-

holt sich wieder. Wir brauchen uns als innere Kliniker nicht erschrecken zu lassen, wenn wir einen solchen Patienten mit starkem Schüttelfrost und hoher Temperatur beobachten. Viel wichtiger ist die genauere und öftere Untersuchung der Gallenblasengegend und der Gallenblase selbst, soweit sie abpalpirt werden kann. Ich halte dafür, dass, wenn man einem solchen Fall begegnet, wie der letzte meiner Fälle, wo man mit Sicherheit nachweisen kann, dass im weiten Umkreise auf mässige Palpation schon heftiger Schmerz ausgelöst wird, dieses Moment viel wichtiger ist, als ein einmaliger Schüttelfrost und Temperatur. Einen solchen Fall, der zu rapider Erkrankung und zu Eiterbildung in der Gallenblase führt, sollten wir dem Chirurgen zuführen resp. seinen Rat einholen. Dann kommt endlich auch der ganze Mensch in Betracht. Wenn in einem Falle, wie A. L. oder G. W. der Patient sehr herunter gekommen ist, kolossal an Gewicht verliert, wenn auch die Anfälle, denen er ausgesetzt ist, weniger schmerzhaft sind, so wird doch das allgemeine Befinden des Patienten uns ebensosehr berechtigen und auffordern, den Chirurgen zu konsultiren, wie wir es thun in recidivirender Appendicitis. Und da sehen wir auch, wenn auch die causa peccans nicht so gross gefunden wird bei der Operation, wie wir uns vorgestellt, dass doch ein solcher Patient in seiner Ernährung sehr stark herunter kommen kann, und so sehen wir auch bei der chronischen Gallensteinkrankheit, die sich über Jahre hinzieht, auch ohne dass die Erscheinungen heftige sind, wenn das allgemeine Befinden bedeutend gestört ist, dass es an der Zeit ist, den Chirurgen zu konsultiren.

II.

Gallenstein-Erkrankungen ohne Icterus.

Kasuistisch-diagnostische Bemerkungen.

Von

Dr. I. Adler.

In den letzten Jahren hat sich eine ganz ausserordentlich grosse Litteratur über unregelmässige Cholelithiasis, insbesondere über Gallenstein-Krankheiten ohne Icterus angehäuft. Nichtsdestoweniger scheint sich die Kenntnis der ohne Icterus verlaufenden Gallenstein-Krankheiten nicht so recht im Be-

wusstsein der praktischen Aerzte namentlich hier zu Lande eingebürgert zu haben. Es darf daher eine eingehende Diskussion dieses Themas vor dieser Gesellschaft als durchaus nützlich und zeitgemäss angesehen werden. Wenn ich es nun unternehme, der Aufforderung des Herrn Vorsitzenden entsprechend, Ihnen in Kürze über Gallenstein-Erkrankungen ohne Icterus zu referiren, so kann es nicht meine Absicht sein, in auch nur annähernder Vollständigkeit alle die hier in Frage kommenden mitunter komplicirten und verwickelten Verhältnisse eingehend zu besprechen. Ich möchte mir nur gestatten, in aller Kürze und an der Hand eigener Erfahrung einige der wichtigeren Gesichtspunkte in klinischer, diagnostischer und therapeutischer Beziehung Ihnen hier vorzuführen.

In der überwiegenden Mehrzahl der hier in Betracht kommenden Fälle handelt es sich um Affektionen der Gallenblase und des ductus cysticus. Es liegen allerdings auch reichliche Beobachtungen vor, wonach Steinverstopfung des Choledochus und der Hepatici wenigstens in den späteren Stadien ebenfalls ohne Icterus verlaufen kann, wenn nämlich die Gänge dermassen erweitert sind, dass neben den Steinen die Galle freien Abfluss findet. Ich hatte vor einigen Jahren Gelegenheit, einen Fall zu obduciren, der auch anderer Befunde wegen höchst interessant war und von Dr. M o s c h k o w i t z beschrieben ist, in welchen die Gallenblase, der Cysticus, der Choledochus bis an die Vatersche Papille und der Hepaticus mit Steinen vollgepfropft, sämmtliche Gallengänge aber dermassen erweitert waren, dass keine Gallenstauung eintreten konnte und in der That bei Lebzeiten wenigstens während der ganzen Dauer der Beobachtung keine Spur von Icterus vorhanden war. Indess wollen wir auf diese Vorkommnisse nicht näher eingehen, ebensowenig wie in mehr entlegenen Organen entweder direkt oder indirekt durch Gallenstein verursachte Erkrankungen, wie Gallenstein-Ileus, Obstruktion des Pylorus, Pylephlebitis und -Thrombose und dergleichen mehr, welche ja auch meistens ohne Icterus verlaufen, aber uns doch für heute zu weit führen würden.

Es ist eine alt bekannte und unzweifelhafte Thatsache, dass Steine in der Gallenblase viele Jahre, ja zeitlebens bestehen können, ohne klinische Erscheinungen oder wesentliche anatomische Veränderungen zu verursachen. Nach den Statistiken von Schröder fand sich bei 12 Proz. aller Sektionen Gallenstein. Kommt es aber zu Störungen, so ist das weitaus

häufigste Symptom die Gallenstein-Kolik. Dieselbe entsteht durch das Hereintreten eines Steines in den Gallengang, in unsrem Fall in den Cysticus. Die Ursachen, welche Steine aus der Gallenblase in den Cysticus treiben, sind noch nicht ganz klar. Dass Vorgänge im Magendarmkanal dabei eine Rolle spielen, scheint sicher gestellt. Es wird angenommen, dass erhöhte peristaltische Bewegungen des Magens und Darms, Zerrungen durch aufgeblähten Darm, durch heftige Bewegung und dergl. mehr eine krampfhafte Kontraktion der Gallenblasen-Muskulatur hervorrufen, welche den Stein gegen den Gallengang treibt. Riedel bezweifelt und, wie mir scheint, mit Recht, ob die schwache Blasen-Muskulatur, namentlich bei offenem Cysticus imstande sei, derartige kolossale Druckwerte zu leisten. Er supponirt in jedem Fall eine Entzündung, welche einerseits durch Schwellung den Cysticus stenosirt und dadurch Stauungen in der Blase hervorruft, andererseits durch entzündliche Transsudation in die Gallenblase den Druck dermassen erhöht, dass nun der Stein mit grosser Kraft in den Cysticus getrieben wird. Auf welche Weise eine derartige Entzündung entsteht, wie man sich einen derartigen aseptischen Vorgang zu denken hat (aseptisch deswegen, weil in einer ganzen Anzahl von Fällen auch während der Anfälle die Galle steril befunden worden), darüber lässt er uns ganz im Unklaren. Ist der Stein klein genug, so wird er nun unter krampfhaften Kontraktionen des Ganges durchgetrieben, passirt den Choledochus und gelangt in den Darm. Ist der Stein aber grösser, und das sind die Fälle, die uns hier am meisten interessiren, so giebt es verschiedene Möglichkeiten. Der Stein kann im Blasenhals stecken bleiben und somit zum permanenten Verschluss des Cysticus führen. Der Stein kann in die Blase zurückfallen, der Reizzustand nachlassen, die Galle ihren normalen Abfluss wieder finden, und es bleibt temporär oder permanent alles beim alten. Der Stein kann auch eine Strecke weit in den Cysticus hineingetrieben werden. Hier wird er von der Schleimhaut eng umklammert, und es kann unter proliferirenden Entzündungserscheinungen zur permanenten Obturation des Ductus kommen. Andernfalls erweitert sich der Gang zunächst über, dann in der Umgebung des Hindernisses. Die Galle fliesst wieder ab, die Krankheitssymptome verschwinden, und trotz des Steines besteht wieder anscheinend normale Funktion. Aber auch im Cysticus kann der Stein weiter wachsen. Es können sich kolossale Erweiterungen bilden, auch Divertikelbildung, die dann durch Druck und Usur

auf die benachbarten Organe, wie Choledochus, Leber, Vena portarum, Darm, die schwersten und komplicirtesten Krankheitsbilder hervorbringen können. Auch Infekte bleiben nicht aus. Es kommt zu infektiöser Cholangitis und Cholecystitis, wobei sich in erster Linie das ubiquitäre Bacterium Coli commune und die Eiter erregenden Coccen beteiligen. So entstehen die pericholangitischen Abscesse, die Schleimhautulceration, die Perforation ins Peritoneum und in die benachbarten Organe wie Darm, u. s. w. So entsteht auch die allgemeine Sepsis. So stürmisch und akut diese Prozesse des öfteren auftreten, ebenso latent und unscheinbar ist manchmal ihr Verhalten. Es scheint sicher zu sein, dass Verwachsungen der Blase und des Cysticus mit den Nachbarorganen, Leber, Magen, Darm und Bauchwand in grosser Ausdehnung auftreten können ohne nachweisbar grobe anatomische Veränderungen der Gallenblase oder Gallengangwände. Es können Steine Jahre lang im Cysticus eingekeilt liegen und da wachsen, zu Schleimhaut-Ulceration und Narbenbildung führen, ohne jemals klinisch in die Erscheinung zu treten. Endlich aber kommt doch ein Moment, in dem, sei es durch Infektion, sei es durch andere Ursachen, der ganze Prozess mit einem Male akut auflodert und nun in stürmischster Weise oder mehr schleichend und allmählich ein bedrohliches und oft äusserst verwickeltes Krankheitsbild sich vor uns aufrollt.

Noch merkwürdiger und verwickelter als die anatomischen Prozesse, um welche es sich hier handelt und welche ich hier nur ganz unvollständig angedeutet habe, sind die klinischen Erscheinungen. Es ist zunächst klar, dass alle Prozesse, welche Gallenblase und Cysticus betreffen, solange nicht Choledochus oder Hepaticus in Mitleidenschaft gezogen sind, keinen Icterus verursachen. Somit fehlt schon bei dieser Gruppe von Erkrankungen das hervorstechendste Symptom, welches stets in erster Linie die Aufmerksamkeit auf die Leber und gestörten Gallenabfluss richtet. Dem entsprechend ist die Diagnose hierher gehöriger Fälle, obwohl unter Umständen einfach genug, manchmal recht schwierig. Es ist oft geradezu unmöglich, zu einer Diagnose zu gelangen, und man ist gezwungen sich mit mehr oder minder plausibeln Wahrscheinlichkeitsschlüssen zu begnügen. In den meisten Fällen indess gelingt es doch unter genauer Berücksichtigung aller Verhältnisse und bei umfassender Kenntnis der in Frage kommenden Prozesse sich ein genügend klares Bild zu machen, um das

ärztliche Handeln zu bestimmen. Und das ist das wichtige. Denn gerade in diesen Fällen ist das richtige Eingreifen zur richtigen Zeit oft direkt lebensrettend. Bei der fast endlosen Mannigfaltigkeit der klinischen Bilder, die hier möglich sind, würde es sich kaum lohnen, den Versuch zu machen, einzelne feste Krankheitsbilder zu skizziren. Es dürfte vorteilhafter sein, einige der wichtigsten Symptome in ihrer diagnostischen Bedeutung zu beurteilen.

Da sind zunächst die Schmerzen. Fast alle, die an Gallenstein leiden, mit oder ohne Icterus, haben zu irgend einer Zeit Schmerzen. Oft sind dieselben die beherrschenden subjektiven Symptome. Vielfach handelt es sich um die typischen Gallensteinkoliken, allerdings in unseren Fällen ohne die Gelbsucht. Häufig ist der Schmerz an der klassischen Stelle vom rechten Hypochondrium ausstrahlend, gegen die Mittellinie und das Epigastrium in den Rücken und die Schultern sich verbreitend. In einer sehr grossen Anzahl von Fällen indess, und zwar gerade bei den uns hier beschäftigenden Affektionen der Gallenblase und des Cysticus wird das Schmerzgefühl vorwiegend, ja ausschliesslich in den scrobiculus cordis verlegt. Auch ist diese Stelle dann immer auf Druck äusserst empfindlich, sodass man sich vor Verwechselung mit Magengeschwüren und ähnlichem zu hüten hat. In dieser Beziehung möchte ich hier noch anführen, dass mir die Boas'schen Druckpunkte in diagnostischer Hinsicht wenig geleistet haben. Bei Magengeschwüren habe ich allerdings keine Erfahrung darüber. Allein bei Gallensteinerkrankung habe ich mich nicht recht überzeugen können, dass irgend wie fixe Schmerzpunkte am unteren Ende der dorsalen Wirbelsäule und rechts von derselben bestehen. Ausserdem handelt es sich hier vorwiegend um Personen weiblichen Geschlechts, namentlich um ältere Frauen, bei denen ohnehin die dorsale Wirbelsäule sehr oft hyperästhetisch zu sein pflegt. Es ist ferner darauf hinzuweisen, und dieser Punkt verdient ernste Berücksichtigung in der Praxis, dass der Schmerz bei Steinerkrankungen der Blase und des Cysticus von dem Kranken häufig genug in der Ileocoecal-Gegend lokalisirt wird und zwar nicht nur wenn etwa schon Eiter vorhanden ist und es auch dem Chirurgen Schwierigkeiten bietet, festzustellen, ob der Abscess seinen Ursprung der Gallenblase oder dem Appendix verdankt, sondern schon beim allerersten Anfang der Erkrankung, lange bevor sich noch greifbare Entzündungserscheinungen entwickelt haben. In seltenen Fällen beruht diese

auffallende Erscheinung darauf, dass die erweiterte Gallenblase, eventuell noch an einem beweglichen Schnürlappen der Leber befestigt, gegen die fossa ileaca herabgerückt ist. Häufig ist indes die Lage der Leber und der Gallenblase völlig normal, und dennoch wird die Schmerzempfindung nach der fossa ileaca projizirt. Umgekehrt habe ich schon des öfteren beobachtet, dass bei Appendicitis, namentlich in den Anfangsstadien, die subjektive Schmerzempfindung nicht in der Ileocoecal-Gegend, sondern im rechten Hypochondrium lokalisirt wird. Dies ist ohne weiteres verständlich, wenn es sich um den nach oben heraufgeschlagenen, mit der Spitze nach der Leber zu gerichteten Appendix handelt. Indes auch bei ganz normaler Lage des Appendix habe ich diese eigentümliche Schmerzlokalisation beobachtet; worauf diese beruht, vermag ich nicht anzugeben.

Sehr oft ist der Schmerz nicht der des typischen Kolikanfalls. Ja ich bin der Ueberzeugung, dass weitaus die meisten Gallensteinabgänge vom Arzte überhaupt nicht beobachtet und von den Patienten als „Magenkrampf" oder „Windkolik" aufgefasst werden. Es ist hohe Zeit, dass die Aerzte endlich einmal die beliebte Diagnose von der Windkolik und den Magenkrämpfen aufgeben. Es soll ja nach F ü r b r i n g e r eine echte Leberneuralgie geben. Das ist ja richtig, dass einzelne, rein nervöse Zustände cardialgische Schmerzen verursachen können. Dies sind aber doch recht seltene Vorkommnisse. Man wird im allgemeinen nicht fehl gehen, wenn man alle jene Fälle von sogenanntem Magenkrampf oder Cardialgie, bei denen es sich nicht um eine organische Magenerkrankung (Ulcus, Carcinom u. s. w.), um höhere Grade von Hyperacidität oder um ausgesprochene Hysterie handelt, in dubio als mehr oder minder milde Gallenstein-Koliken anspricht. Dabei ändert es nichts an der Sache, dass solche Anfälle so überaus häufig nach Diätfehlern und dergl. auftreten. Wir wissen, dass auch die typische Gallenstein-Kolik mit Vorliebe durch die erhöhte Peristaltik nach überreichen Mahlzeiten oder Diätfehlern ausgelöst wird. Auch dies ist noch zu bemerken, dass die sogenannten Magenkrämpfe fast ausschliesslich bei Weibern vorkommen, welches mit der überwiegenden Häufigkeit der Gallensteine beim weiblichen Geschlecht gut übereinstimmt.

Namentlich R i e d e l, und ich kann ihm nach meinen Erfahrungen nur beitreten, warnt aufs eindringlichste davor, das Verschwinden der Schmerzen und die Rückkehr zu subjek-

tivem Wohlbefinden als untrügliche Zeichen für den Durchtritt des Steines in den Darm aufzufassen. Wenn nach abgelaufenem Kolikanfall die Untersuchung der Stuhlgänge keine Steine zu Tage fördert, so ist dies nicht immer, weil die Steine übersehen oder zerbröckelt und unkenntlich gemacht worden sind, sondern häufig genug, weil eben keine Steine im Darm sich befinden. Der Stein ist eben nicht in den Darm übergetreten. Er ist wieder in die Blase zurückgefallen oder steckt noch irgend wo im Gallengangsystem, um da in kurzem neue heftige Anfälle zu verursachen oder ganz still und unvermerkt Ulcerationen, entzündliche Prozesse anzuregen, welche auf einmal unter den bedrohlichsten Erscheinungen evident werden können.

Zur Zeit, da der Arzt den Patienten sieht, sind oft keine subjektiven Schmerzen mehr vorhanden. Die Anamnese ergiebt aber fast ausnahmslos, dass zu irgend einer Zeit, meist wiederholt, und häufig kurz vor der ärztlichen Untersuchung mehr oder weniger erhebliche Schmerzanfälle aufgetreten sind. Objektiv wird man wohl immer Schmerzpunkte finden. Die Leber ist bei den hierher gehörigen Fällen meist nicht vergrössert und auch bei gewöhnlicher Palpation nicht schmerzhaft. Doch wird sich meist die Gallenblasengegend oder Scrobiculus oder beide als druckempfindlich erweisen. Bei Erschlaffung der Recti und Umgreifen des unteren Leberrandes medianwärts von der Gallenblasengegend findet man oft in der Tiefe charakteristische Schmerzpunkte. Selbst bei für Palpation ganz unempfindlicher Leber wird oft die plötzliche Erschütterung der Leber durch einen kurzen, starken Ruck mit der flachen Hand, von der rechten Seite her über den Rippen ausgeführt, eine heftige Schmerzempfindung auslösen. Kann man Erkrankungen der Leber selbst, Peritonitis, entzündliche Vorgänge im Thorax und dergleichen ausschliessen, so ist dieses Symptom der Schmerzempfindung bei der Lebererschütterung ein wertvolles Zeichen für entzündliche Vorgänge an der unteren, der Palpation nicht zugänglichen Leberfläche.

In seltenen Fällen können indes alle objektiven Schmerzsymptome fehlen und dennoch das Bild einer schweren Erkrankung vorliegen. Unter solchen Umständen ist ausschlaggebend die Anamnese und die Exklusion anderer Möglichkeiten. Aeusserst lehrreich war mir in dieser Beziehung ein Fall, den ich erst kürzlich durch die Güte von Dr. S. Baruch zu sehen Gelegenheit hatte:

Es handelte sich um eine ältere Dame, die schon öfter „magenleidend" gewesen war. Dieselbe bekam ganz plötzlich in der Nacht äusserst heftigen Kolikschmerz, der im Scrobiculus lokalisirt wurde. Die Schmerzen dauerten mehrere Tage in grosser Heftigkeit an trotz grosser Gaben Morphium. Druckempfindlich scheint nur der Scrobiculus gewesen zu sein. Icterus war nicht vorhanden. Dagegen setzte schon bald nach Anfang der Schmerzen Fieber ein von stark remittirendem Typus, das unter leisem Frösteln wiederholt gegen 104° und darüber ging. Als ich die Dame sah, hatten die Schmerzen gänzlich aufgehört, dagegen dauerte das Fieber fort und hatte eine Höhe von circa 103° während der Untersuchung. Leber war von normaler Grösse. Gallenblase nicht zu fühlen, nirgends auch nur die leiseste Andeutung eines Druckschmerzes oder einer der Untersuchung zugänglichen Anomalie. Augenscheinlich hatte hier eine Gallensteinkolik vorgelegen, der Infekt mit seinen Folgen aber den Durchtritt der Steine in den Darm überdauert. Nach Darreichung eines kräftigen Abführmittels wurde mit den Stuhlgängen eine grosse Anzahl kleiner Cholesterin-Steine ganz recenten Datums zu Tage gefördert. Seitdem hat sich die Dame vollständig erholt.

Das Verhalten der Gallenblase ist ein ungemein mannigfaltiges. Häufig genug lässt sich dieselbe an typischer Stelle als pralle, derbe, elastische Geschwulst, den Leberrand überragend, abtasten. Oft wird dieselbe ganz enorm erweitert und beweglich, namentlich auch dann, wenn dieselbe an einem beweglichen Schnürlappen der Leber angeheftet ist. Bekannt ist der Fall, wo die enorm erweiterte und hydropische Gallenblase eine Ovariencyste vortäuschte. Es können auf diese Weise vielfach Verwechselungen mit anderen Zuständen, mit Wanderniere und dergl. vorkommen, deren differential-diagnostische Besprechung uns hier zu weit führen würde. Häufig indes ist die Gallenblase nicht ausgedehnt, es fehlt die Gallenblasengeschwulst, ja die ganze Gallenblase ist geschrumpft, unter das normale Mass verkleinert. Courvoisier hat statistisch nachgewiesen, und Ecklin hat dies neuerdings noch weiter ausgearbeitet und bestätigt, dass gerade bei permanentem Verschluss der Gallengänge durch Steinbildung die Gallenblase in der Mehrzahl der Fälle schrumpft, während umgekehrt bei Verschluss durch Carcinom die Erweiterung der Gallenblase die Regel ist. Auch bei gefüllter und gespannter Gallenblase kann dieselbe dermassen vom Leberrand überragt werden, dass sie entweder gar nicht oder nur schwer und unvollkommen zu palpiren ist. Als Illustration diene folgender Fall:

Frau V., einige 50 Jahre alt, (Dr. Torek) hatte schon öfter an Magenkrämpfen gelitten, war nie icterisch. In der Nacht Kolikanfälle typischer Art, ohne Icterus, ohne Fieber. Die Schmerzen wurden mit-

telst Opiaten gelindert, doch bestand fortwährend mehr oder weniger dumpfes Schmerzgefühl und Brechneigung. Als ich die Patientin sah, klagte sie über grosse Erschöpfung, Uebelkeit, dumpfen, ziehenden Schmerz in der Lebergegend und im Scrobiculus. Die Leber ist nicht vergrössert, die Gallenblasengegend empfindlich auf Druck. Es gelang gerade eben, die äusserste Kuppe der Gallenblase als etwas gespanntes und empfindliches Kugelsegment bei tiefem Eingehen unter den Rippenbogen zu palpiren. An dieser Stelle war auch die grösste Druckempfindlichkeit. Erschütterung der Leber entschieden schmerzhaft, Temperatur leicht erhöht, 101½. Alle übrigen Organe normal. Im Urin schwache, aber deutliche Gallenfarbstoff-Reaktion. In den nächsten Tagen liessen die spontanen Schmerzen nach, auch das Erbrechen verlor sich, die Kräfte hoben sich, doch stieg die Temperatur allmählich an, ohne Frost, bis zu 102½. Die Gallenblasengeschwulst trat nie weiter hervor, doch konnte in der mühsam erreichbaren Kuppe vermehrte Spannung und vermehrte Druckempfindlichkeit nachgewiesen werden. Es wurde die Cholecystotomie empfohlen und von Dr. Willy Meyer ausgeführt. Es fand sich bei der Operation eine weit unter der Leber gelagerte Gallenblase, deren Erreichung bedeutende technische Schwierigkeiten verursachte. Dieselbe war stark gespannt und mit dünner, seröser Galle erfüllt, die Wandungen geschwellt und entzündlich verändert, und es wurde eine grosse Anzahl bis kirschgrosser facettirter Steine entleert. Heilung.

Oft sind die Wandungen der Gallenblase stark verdickt, fibrös degenerirt, verkalkt, so dass leicht durch blosse Gefühl eine Neubildung vorgetäuscht werden kann, namentlich dann, wenn grössere Steine den straff um sie gelegten Wandungen eine höckerige Oberfläche verleihen. Der Inhalt der Gallenblase mag neben Steinen aus normaler Galle bestehen, oder die Galle kann eingedickt sein oder bei reichlich seröser Transsudation aus den entzündlichen Wandungen wird die Galle verdünnt und wässerig. Es kommt zum Hydrops der Gallenblase. Bei bestehendem Infekt kommt es zur Eiterbildung, dem Empyem der Gallenblase, oder durch mechanischen Insult der Wandungen durch Steine, namentlich durch grosse und derbe, kommt es zu reichlichem Blutaustritt.

Folgende Fälle dienen als Beispiele:

Frau R., ältere Dame, hatte ich schon vor längerer Zeit einmal mit ihrem Hausarzt Dr. Kakels wegen schwerer hysterischer Erscheinungen, welche Meningitis vortäuschten, gesehen. Die Frau, welche habituell an stets wechselnden hysterischen Schmerzanfällen litt, klagt plötzlich über heftige Schmerzen im Magen und Leib; zugleich heftiges Erbrechen, kein Icterus, kein Fieber. Die Schmerzen nahmen an Heftigkeit zu, die ungemein aufgeregte und hysterische Frau war aber kaum zu untersuchen. Als ich Patientin sah, befand dieselbe sich in einem geradezu maniakalischen Zustand. Unter lautem Schreien und Toben warf sie sich im Bett herum, sprang heraus und war kaum zu bändigen. Trotzdem sie auf Befragen angab, dass der

ganze Körper ihr weh thue, so schienen doch die hauptsächlichsten Schmerzen in der oberen Bauchgegend lokalisirt zu werden. Seit dem letzten Besuche des Hausarztes war auch die Temperatur, und zwar plötzlich, mit Frostgefühl angestiegen und hatte 103 überschritten. Mit vieler Mühe gelang eine Untersuchung, welche bei normalem Verhalten aller übrigen Organe, abgesehen von der allgemeinen hochgradigen Hyperästhesie, eine deutliche Resistenz und Geschwulst in der Gallenblasengegend mit hochgradiger Empfindlichkeit daselbst ergab. Der Urin enthielt keinen Gallenfarbstoff. Es wurde die Wahrscheinlichkeits-Diagnose auf Gallenblasen-Empyem mit Steinverschluss gestellt und Untersuchung unter Narkose mit eventuell sich daran knüpfender Operation empfohlen. Dieselbe wurde von Dr. L a n g e ausgeführt. Es zeigten sich bei der Eröffnung der Gallenblase die Wandungen derselben hochgradig verdickt und verkalkt und ein riesiger Stein, der mit seinem dünnen Ende im Blasenhals und im oberen Teil des Cysticus fest sass. Die Gallenblase enthielt ausserdem reichlich flüssiges Blut, welch letzteres wahrscheinlich dem direkten mechanischen Insult der Gallenblasenwandungen durch den grossen Stein und infolge der unbändigen Jaktationen der Patientin zuzuschreiben ist. Heilung.

Frau M., 42 Jahre alt, (Dr. R a p p) ängstliche, zu Hysterie geneigte Frau. Aus der Vorgeschichte sind als wesentlich hervorzuheben Angaben über gelegentliche Anfälle von „Magenkrämpfen", die Diät-Fehlern zugeschrieben werden und anscheinend ohne Icterus oder Fieber verlaufen sind. Die jetzige Erkrankung fing am 3. Januar an mit unbestimmtem Druckgefühl in der oberen Bauchgegend, das ziemlich plötzlich bei einem Spaziergang bemerkt wurde und im Laufe der Nacht heftiger wurde. Am nächsten Tage ward der Hausarzt zu Rate gezogen, doch konnte nichts Bestimmtes gefunden werden. Dieses unbestimmte Druckgefühl hielt an, bis am 6. Januar bei dem Versuch, den Darm zu entleeren, Schüttelfrost mit allen Zeichen hohen Fiebers eintrat. Bei der Untersuchung, die ich am 7. Januar 1896 in Gemeinschaft mit dem Hausarzt ausführte, fand sich: Brustorgane, normal. Puls klein, frequent. Frau in grosser Aufregung und Angst. Zunge stark belegt. Leber nicht vergrössert und bei Palpation nicht schmerzhaft. Dagegen heftiger Schmerz bei Erschütterung der Leber. Milz etwas vergrössert. Epigastrium auf Druck schmerzhaft, in der Gegend der Gallenblase vermehrte Resistenz, die ganze Partie etwas geschwellt, doch kein deutlicher Tumor zu fühlen. Auch konnte wegen der bedeutenden Schmerzhaftigkeit der ganzen Region die Palpation nicht sehr genau ausgeführt werden. Doch war der Eindruck einer teigigen, etwas elastischen, diffusen Schwellung deutlich. Bauchorgane im übrigen normal. Urin frei von Zucker und Eiweiss, ergab deutliche Reaktion auf Gallenfarbstoff. Das Fieber, von remittirendem Typus, schwankte zwischen 101½ und 104 und darüber. Der Anstieg desselben durch leichte Fröste markirt. Die Hautfarbe blass, von Icterus keine Spur. Es konnte keinem Zweifel unterliegen, dass wir es hier mit einer infektiösen Affektion der Gallenblase, wahrscheinlich mit Steinverschluss, zu thun hatten. Der Gang der Temperatur und die teigige Schwellung liessen Empyem der Gallenblase wahrscheinlich erscheinen. Es wurde ein operativer Eingriff vorgeschlagen und derselbe am 9. Januar von Dr. L a n g e ausgeführt. Es fand sich

ein grosses Empyem der Gallenblase und neben reichlichen Steinen in der Blase selbst eine Anzahl bis kirschengrosser Steine, die im Blasenhals eingeklemmt waren. Heilung.

Infolge von Verwachsungen, von alten Entzündungen, Narbenbildungen und dergl. kann die Gallenblase dermassen verzerrt und verlagert sein, dass an eine Palpation derselben als solcher überhaupt nicht zu denken ist und die Diagnose wesentlich erschwert wird.

Herr M., ein kräftiger Mann von einigen 30 Jahren, hatte im Lauf der letzten Jahre vielfach an gelegentlich recht schweren, typischen Gallenstein-Koliken gelitten; des öfteren auch an ganz unregelmässigen Schmerzanfällen, die von den Aerzten in verschiedener Weise, teils als irreguläre Cholelithiasis, teils als vom Magen ausgehend, teils von Malaria bedingt, aufgefasst wurden. Nun sistirten die Anfälle während einiger Monate gänzlich. Der Patient fühlte sich vollkommen wohl. Während dieser Zeit hatte ich Gelegenheit den Herrn zu untersuchen und konnte folgendes konstatiren: Ein robuster, gut gebauter Mann mit kräftigem Puls und regelmässigen normalen Funktionen. Brustorgane boten nichts Abnormes. Die Leber überragt den Rippenrand um einige Centimeter, war aber weder bei Palpation noch bei Erschütterung schmerzhaft. Die Gegend des Ansatzes des rechten Rectus abdominis an den Rippenbogen und etwas rechts davon zeigt vermehrte Resistenz und leichte relative Dämpfung. Druck auf diese Partie ist empfindlich, und diese Druckempfindlichkeit erstreckt sich bis in den Scrobiculus cordis. Deutlicher Tumor ist selbst bei grösstmöglicher Erschlaffung der recti nicht zu fühlen. Dagegen ist die Anspannung der Recti empfindlich. Magen bietet nichts Besonderes. Die Milz war deutlich vergrössert. Im Uebrigen sind die Bauchorgane völlig normal, ebenso der Urin. Es war anzunehmen, dass sich hier infolge der häufigen und schweren Gallensteinerkrankungen ausgiebig Verwachsungen zwischen Gallenblase und den Nachbarorganen, speziell der Bauchwand und dem Rectus gebildet hatten. Einstweilen, da Patient schmerzfrei und gesund war, musste man den weiteren Verlauf der Dinge abwarten. Nach einigen Monaten, im Sommer 1891, bekam Patient während eines Landaufenthaltes plötzlich heftige Schmerzen, Erbrechen und Fieber. Der behandelnde Arzt glaubte Appendicitis annehmen zu müssen, und ein eiligst herbeigerufener, sehr namhafter und erfahrener Chirurg bestätigte diese Diagnose, und es wurde noch in später Nacht zur Laparotomie geschritten. Der abgetrennte Appendix war nun allerdings katarrhalisch geschwellt und verdickt, doch nirgend ulcerirt oder eitrig infiltrirt. Auch fand sich kein Zeichen einer diffusen Peritonitis, so dass man wohl zur Annahme berechtigt ist, dass dem Patienten allerdings mit der Entfernung des Appendix gedient war, dass jedoch die causa morbi nicht im Appendix gelegen war. Patient erholte sich gut und schnell von der Operation und blieb während des Winters in leidlich gutem Zustande. Im März, 1892, traten zunächst wieder Erscheinungen auf: Unlust zum Essen, allgemeines Unbehagen, Gefühl von Druck und Schmerz, hauptsächlich im Scrobiculus cordis. Die Schmerzen waren meistens nicht sehr bedeutend, doch kamen auch vereinzelt heftige Schmerzen anfallsweise

vor, die jedoch jedes typischen Charakters entbehrten. Nach einiger Zeit traten leise Fieber auf, Temperatur von 100 bis 101 mit Frösteln. Im Urin starke Gallenfarbstoff-Reaction. Druck im Scrobiculus war jetzt äusserst empfindlich, und Patient lokalisirte alle seine Schmerzen in dieser Gegend. Die Gegend der Gallenblase zeigte gegen früher vermehrte Resistenz, geringe Schmerzhaftigkeit auf Druck und eine undeutliche mehr diffuse Schwellung, aber keinen Tumor, keine Fluktuation. An der Haut und den Conjunctivae machte sich nun leichte Gelbfärbung bemerkbar. Es wurde angenommen, dass in der durch Verwachsung verzerrten Gallenblase nun Entzündungserscheinungen infektiöser Natur Platz gegriffen hatten, und sofortige Operation empfohlen. Die Operation wurde am 27. März 1892 von Dr. McBurney ausgeführt. Am Tage vorher hatte unter mässigem Schüttelfrost die Temperatur 103 Grad erreicht, wodurch unser Verdacht auf Gallenblasen-Eiterung verstärkt wurde. Die Ergebnisse der äusseren Untersuchung waren aber, wie eben beschrieben, so geringfügig gewesen und unbestimmt, dass die Chirurgen sich nur mit grosser Zurückhaltung äusserten und die Laparotomie zunächst als eine probatorische aufgefasst wurde. Der Schnitt wurde rechts vom Rectus abdominus an der Stelle grösster Resistenz angelegt. Nach Durchtrennung der äusseren Bedeckung bis auf die Fascia transversa fand sich dieselbe gespannt und etwas vorgewölbt. Bei Durchtrennung derselben ergoss sich sofort reichlicher dicker Eiter, mit einer grossen Anzahl facettirter Steine vermischt. Die Gallenblase als solche kam gar nicht zu Gesicht. Nach Erguss des Eiters war eine ziemlich grosse, unregelmässige geformte Höhle zu konstatiren, die oben an ihrer Vorderfläche mit der Bauchwand verwachsen war, sich nach oben einwärts bis gegen das Epigastrium erstreckte und in deren Tiefe nicht ohne Schwierigkeit der Ductus cysticus aufzuspüren war. Derselbe war mit Steinen vollgepfropft, und erst nach mühsamer Entfernung dieser floss endlich Galle durch die Wunde. Man muss annehmen, dass hier schon seit langer Zeit vielfach Verwachsungen der Gallenblase mit der Umgebung stattgefunden hatten, dass die Gallenblase vielleicht während der Attacke während des Sommers perforirte, es aber eben wegen dieser Verwachsungen zu keiner allgemeinen Peritonitis kommen konnte, sondern der ganze Prozess sich lokal abspielte. Der weitere Verlauf nach der Operation bot nichts Besonderes. Es gingen noch reichliche Steine ab, und es wurde eine gute Heilung ohne Störung ermöglicht.

Es kann auch vorkommen, dass alle die entzündlichen und Infektions-Prozesse in der Gallenblase mit so geringen Symptomen verlaufen, dass dieselben dem Arzt überhaupt nicht zu Gesicht kommen und die ersten Erscheinungen, für welche der Patient seine Hülfe in Anspruch nimmt, die einer recht bedrohlichen Perforations-Peritonitis sind, wobei die Perforation entweder die Gallenblase betreffen kann oder die Gallengänge, den Darm u. s. w.

Frau R., (Dr. Wiener), 52 Jahre alt. Fette, nervöse Frau mit Zeichen frühzeitiger Arterio-Sklerose und Fettherz. Sie leidet öfters an „Magenbeschwerden" und „Magenkrämpfen." Am ersten Novem-

ber 1895 konsultirte Patientin ihren Arzt wegen Diarrhoe, die schon seit ca. zehn Tagen ab und zu sie belästigt hatte. Schmerzen waren keine vorhanden. Neben Diarrhoe Appetitmangel ihre einzige Klage. Die damals angestellte Untersuchung ergab nichts wesentlich Abnormes. Der Urin war frei von Eiweiss und Gallenfarbstoff. In der Nacht des 3. November, nachdem Patientin, die am Abend eine sehr reichliche Mahlzeit eingenommen, sich angeblich bei bestem Wohlbefinden zu Bett begeben hatte, traten plötzlich äusserst heftige Schmerzen im Epigastrium und im rechten Hypochondrium auf, begleitet von starkem Erbrechen und Kollapserscheinungen. Das Erbrechen hielt während des folgenden Tages an, ebenso die Schmerzen. Die Temperatur stieg langsam an. Ich sah Patientin am Nachmittag des 4. Novembers, die Temperatur war 103½, Puls klein, frequent, unregelmässig, leichte Cyanose der Lippen und Fingernägel. Fortwährend Uebelkeit und Brechneigung. Die Schmerzen waren unter Morphiumeinfluss beruhigt. Bauch aufgetrieben. Druck im Epigastrium äusserst schmerzhaft, rechts vom Scrobiculus am Rippenrand hinziehend vermehrte Resistenz, welche sich bis gegen den Nabel zu erstreckte. Leichte Dämpfung über dieser resistenten Partie und hochgradige Empfindlichkeit auf Druck. Infolge dieser Verhältnisse konnte die Leber nach unten zu nicht deutlich abgegränzt werden. Erschütterung der Lebergegend äusserst schmerzhaft. Kein Icterus. Sonst konnte im Abdomen mit Ausnahme der Tympanie nichts Besonderes nachgewiesen werden. Stuhl war angehalten. Auch hohe Eingiessungen hatten keinen Erfolg gehabt, doch gingen reichlich Flatus ab. Im Urin kein Eiweiss, aber deutliche Gallenfarbstoff-Reaktion. Lungen normal. Herzdämpfung nach beiden Richtungen vergrössert, namentlich nach rechts zu. Herztöne schwach, etwas unrein, der zweite Aortenton stark accentuirt. Zunächst war klar, dass es sich hier um Peritonitis handelte. Das plötzliche Auftreten, der heftige Schmerz, der Kollaps, das rasch ansteigende Fieber deuteten auf perforativen Ursprung. Die Dämpfung in der Gallenblasengegend, die erhöhte Druckempfindlichkeit daselbst, die Lokalisation der spontanen Schmerzen in derselben Region wiesen auf die Gallenblase als den Sitz der Perforation. Es wurde dem entsprechend die Laparotomie empfohlen, jedoch beschlossen in Uebereinstimmung mit Dr. L a n g e, noch etwas abzuwarten, bis die Patientin sich vom ersten Shock der Perforation einigermassen erholt haben würde. Am 5. November war der allgemeine Zustand ein besserer, der Puls etwas kräftiger, das Erbrechen aufgehoben, hohe Temperatur hielt jedoch an, und die Dämpfung und Schmerzhaftigkeit in der Gallenblasengegend waren noch mehr ausgesprochen, jedoch strenge nur auf diese Region beschränkt. Am 6. November wurde von Dr. L a n g e die Operation ausgeführt. Die Incision über dem supponirten Sitz der Entzündung, die bei der Fettleibigkeit der Frau eine recht unangenhme Tiefe hatte, ergab denn auch, wie erwartet, ein eitrige Peritonitis in der Umgebung der Gallenblase. Letztere war stark angespannt und wurden ca. vier Unzen trüber, eitriger Galle durch Aspiration entleert. Darauf Incision der Gallenblase. Es fanden sich die Wandungen verdickt, entzündet, zum Teil nekrotisch und an mehreren Stellen perforirt. Ein grosser Stein sass fest im Blasenhals, mit einem dünnen Fortsatz in

den oberen Teil des Cystus hineinragend. Augenscheinlich war der Cysticus durch den Stein schon seit längerer Zeit verschlossen und der Stein gegen die Gallenblase zu weiter gewachsen. Es folgte eine schleichende Infektion und Entzündung der Blasenwandungen mit Stauungen der entzündlichen Sekretions-Produkte in der Gallenblase, dadurch weiterer Insult der Wandungen mit Nekrose und endlich Perforation. Erst mit auftretender Perforation wurde der ganze Process klinisch wahrnehmbar. Die Heilung erfolgte ohne weitere Störung.

Ich kann nicht umhin, hier noch eines anderen Falles Erwähnung zu thun, der streng genommen nicht hierher gehört und auch schon von Dr. Lange kurz in dieser Zeitschrift erwähnt ist. Das Interesse, das sich an diesen Fall knüpft, mag zur Entschuldigung dienen.

Herr E., etwa 56 Jahre alt, kräftig gebauter und gesunder Mann, der wohl ab und zu an neurasthenischen Beschwerden, namentlich Schlaflosigkeit gelitten, eine ernste Krankheit aber eigentlich nie durchgemacht hat. Magenfunktion stets vortrefflich. Stuhl manchmal etwas angehalten. Auf genaueres Befragen gibt er an, ab und zu, aber recht selten Leibschmerzen, „Koliken" gehabt zu haben. Der Schmerz dabei war in der unteren Bauchgegend. Die Ursache wird in irgend einem Diätfehler gesucht, und ein leichtes Abführmittel brachte stets sofortige Erleichterung. In der Nacht vom 12. bis 13. März, 1896, erkrankte der bis dahin sich völlig wohlfühlende Mann an heftigen Schmerzen. Er hatte reichlich am Abend gegessen und etwas Bier dazu getrunken, so dass er zunächst Diätfehler als Ursache der Schmerzen annahm. Verstopfung lag nicht vor, da die Stühle reichlich und regelmässig waren. Die Schmerzen wurden ausschliesslich in der Gegend um den Nabel herum lokalisirt und schienen anfallsweise aufzutreten. Erbrechen war nicht vorhanden, doch bestand einige Uebelkeit und das Gefühl grosser Hinfälligkeit und Schwäche. Ausserdem klagte er noch über unangenehmes Kollern im Leibe. Ich sah den Patienten am Morgen des 13. Der Kranke sah etwas blass aus, hatte guten Puls von 80 Schlägen in der Minute, ruhige Respiration, Temperatur 99,6 und klagte nur über Uebelkeit und äusserst heftige Schmerzanfälle in der Gegend des Nabels. Herz und Lunge waren vollständig normal. Zunge etwas belegt, aber feucht. Keine Empfindlichkeit im Scrobiculus, Leber nicht vergrössert und weder bei Druck noch bei Erschütterung schmerzhaft. Die Gallenblase nicht zu fühlen. Auch die Gegend des Colon transversum und ascendens sowie die Ileocoekal-Gegend durchaus unempfindlich, sowohl spontan als auf tiefen Druck. Unmittelbar um den Nabel herum, etwas mehr oberhalb desselben und nach rechts zu war starke Druckempfindlichkeit und vermehrte Resistenz, jedoch keine Dämpfung. Im Urin weder Zucker, Eiweiss noch Gallenfarbstoff, deutliche Indican-Reaktion. Im übrigen war nichts zu finden. Da Patient Morphium nicht vertrug, wurde Codein in Suppositorien verabreicht, und einige Zäpfchen genügten, um die Schmerzen zu beherrschen. Am Abend bestand Uebelkeit, aber kein Erbrechen. Die spontanen Schmerzen waren beinahe gänzlich geschwunden, aber die oben angegebenen Stellen waren empfindlicher bei Berührung als am Morgen. Die Resistenz vermehrt,

doch keine nachweisbare Dämpfung. Puls 96, Temperatur, 101. Am 14. morgens war Puls 100, Temperatur 102. Zunge neigt zur Trockenheit. Uebelkeit besteht fort. Kollern im Leibe. Es gehen reichlich Flatus ab. Bauch ist etwas aufgetrieben, unmittelbar oberhalb des Nabels und etwas nach rechts von demselben ist vermehrte Resistenz, deutliche Dämpfung und starke Empfindlichkeit auf Druck, sonst ist der objektive Befund wie gestern. Am Nachmittag ist Puls 120, Temperatur 103½, Dämpfung mehr ausgesprochen. Es lag auf der Hand, dass wir es hier mit einer Peritonitis zu thun hatten, die einstweilen noch auf die mittlere Bauchgegend eingeschränkt, immerhin progrediente Tendenzen hatte. Dafür sprachen das stetige Ansteigen von Puls und Temperatur und die langsame Zunahme der Dämpfung. Das plötzliche Auftreten bei völliger Gesundheit, die Heftigkeit der initialen Schmerzen sprachen für Perforation. Nach objektivem Befund waren Appendix, Gallenblase, Magen und Colon als Sitz der Perforation auszuschliessen. Man glaubte daher annehmen zu müssen, dass es sich um Perforation des Dünndarms, vielleicht infolge eines katarrhalischen, ganz symptomlos verlaufenen Geschwürs handeln möge. In Bezug auf Therapie schien es nicht rätlich, die weitere Ausbreitung des Prozesses abzuwarten. Es wurde in Uebereinstimmung mit Dr. L a n g e die sofortige Laparotomie beschlossen und dieselbe noch denselben Abend, etwa 38 Stunden nach dem Auftreten der ersten Erscheinungen, von Dr. L a n g e ausgeführt. Bei Eröffnung des Abdomens an der gedämpften Stelle zeigte sich frische Peritonitis mit trübem, serös-eitrigem Exsudat und fibrösen Auflagerungen. Der Versuch, der Quelle der Entzündung nachzuspüren, führte schliesslich auf die Wirbelsäule, vor welcher, unmittelbar unter dem horizontalen Ast des Duodenum, eine gangränöse Gewebspartie lag. Der weitere Verlauf war ein günstiger. Nach etwa einer Woche wurde der dicke Gewebsschorf entfernt, wobei Darminhalt aus dem Duodenum austrat. Nach einigen Tagen trat die Spitze eines Steines unter dem Rand des Duodenum hervor, der mit Leichtigkeit entfernt wurde. Patient wurde geheilt. — In diesem Fall verursachte weder die Gegenwart des Steines in den Gallenwegen noch sein Durchtritt durch dieselben in den Darm irgend welche Beschwerden. Erst im Duodenum verursachte derselbe aus irgend einem nicht eruirbaren Grunde Usur der Wandungen und Perforation, mit deren Eintritt die ersten, gleich stürmischen und gefahrdrohenden Erscheinungen beginnen. Der Verlauf der Erkrankung bot nichts, was auf Gallenstein bezogen werden konnte, auch die Laparotomie legte den Sachverhalt noch nicht klar. Erst der an der Stelle des nekrotischen Prozesses hervortretende Stein lieferte die eindeutige Erklärung des ganzen Vorganges.

Peritonitis kann übrigens auch eintreten ohne jegliche Perforation. Dann nämlich, wenn die entzündlichen und Infektionsprozesse durch die Wandungen der Gallenblase oder des Gallengangs hindurch die Nachbarschaft in Mitleidenschaft ziehen. Auch ulcerative und nekrotische Prozesse, die, ohne zu perforiren, bis auf die Serosa reichen, können ganz akute Peritonitis verursachen.

Frau H., beleibte Frau von etwa 34 Jahren, hat früher öfters an „Magenkrämpfen" gelitten, zuletzt vor fünf Jahren. Im August 1892 normale Geburt des dritten Kindes und normales Puerperium. In der Nacht vom 6.—7. Oktober 1892 plötzlich sehr heftige Magenkrämpfe ohne vorherige Konstipation oder nachweisbaren Diätfehler und ohne Fieber. Schmerzen werden im Scrobiculus lokalisirt mit Ausstrahlungen in den Rücken. Am nächsten Morgen dauern Schmerzen an, aber in bedeutend geringerer Intensität. Der Bauch ist nicht aufgetrieben, Scrobiculus äusserst druckempfindlich. Leber schmerzhaft bei Palpation und Erschütterung, Druckschmerz auch in der rechten Ileocoekal-Gegend, Puls 96, Temperatur 101½. Im Lauf des Tages erfolgt reichlicher Stuhl und öftere Abgänge von Flatus. Abends befindet sich Patientin behaglich ohne spontane Schmerzen, doch intensive Druckempfindlichkeit an angegebener Stelle. Temperatur und Puls wie am Morgen. Am 8. Oktober sind morgens nur geringe spontane Schmerzen, dagegen heftige Schmerzen bei Bewegung, bei tiefem Atmen. Gerade unterhalb des rechten Rippenbogens in der Höhe der Flexura coli hepatica ist deutlich vermehrte Resistenz, leichte Schwellung und Dämpfung nachzuweisen. Temperatur 101, Puls 100. Kein Erbrechen, keine Uebelkeit, kein Icterus. Der Urin enthält weder Eiweiss, noch Zucker, aber Spuren von Gallenfarbstoff. Im Lauf des Tages nahmen Resistenz und Schwellung an bezeichneter Stelle zu; abends war die Temperatur 101½. Die Schwellung ist nun aus der Entfernung schon sichtbar und ist die ganze Gegend äusserst schmerzhaft bei nur leiser Berührung. Colon ascendens und Iliocoecal-Gegend auch noch in hohem Grade druckempfindlich. In der Nacht heftiger Schüttelfrost, Temperatur 104½, Puls 128, sonst status idem. Am nächsten Tage, den 9. Oktober, ist die Temperatur stetig zwischen 102 und 103½; der Bauch nicht aufgetrieben; es gehen reichlich Flatus ab. Die Geschwulst am Rippenrand hat merklich zugenommen und ist immer empfindlicher. Empfindlichkeit in der Fossa iliaca besteht fort. Leber nicht vergrössert. Kein Icterus, im Urin Gallenfarbstoff. Es war in diesem Fall nicht leicht, zwischen Appendicitis und Gallenblasen-Empyem zu entscheiden, namentlich die fortdauernde Empfindlichkeit der Ileocoecal-Gegend war auffallend. Indes der Mangel jeglichen Exsudates in der Gegend des Appendix, die nur auf das rechte Hypochondrium beschränkten peritonitischen Erscheinungen, die Geschwulst daselbst, der Nachweis von Gallenfarbstoff im Urin, der initiale Kolikanfall mit ausschliesslichem Schmerz im Scrobiculus, die Vorgeschichte und ähnlicher Erwägungen mehr liessen doch die Diagnose Steinverschluss des Cysticus mit Gallenblasen-Empyem und vielleicht Perforation als sicher erscheinen. Die Laparotomie, welche am Abend des 9. Oktobers von Dr. L a n g e ausgeführt wurde, bestätigte unsere Voraussetzungen. Gleich nach Eröffnung des oedematösen und entzündeten Peritoneums drängte sich die hochgradig gespannte und vergrösserte Gallenblase in die Wunde vor. Bei Eröffnung derselben fliesst reichlich eitrige Galle ab. Aus dem Blasenhals und dem Anfangsteil des Cysticus werden acht zum Teil recht grosse Steine entfernt. Die Wand der Gallenblase ist überall stark geschwollen, zum grossen Teil eitrig infiltrirt, und hat einige medianwärts gegen die Kuppe zu mit weisslichem Belag bedeckte, nekrotische Stellen, welche bis auf

den serösen Ueberzug der Gallenblase reichen. Keine Perforation. Der weitere Verlauf war ein vollkommen glatter. Heilung.

Die Peritonitis ist indes selten eine diffuse, denn meist sind schon durch vorhergehende, schleichende Entzündungsprozesse, Verwachsungen mit den Nachbarorganen (Bauchwand, Darm, Netz u. s. w.) vorhanden, so dass bei Eintreten der Perforation das Exsudat doch meist ein abgesacktes und beschränktes bleibt.

Das Fieber bietet oft wichtige diagnostische Fingerzeige. Sehr häufig verlaufen die Koliken und Schmerzanfälle ohne jegliches Fieber. Nur selten treten typische Kolikanfälle mit Schüttelfrost und Temperatursteigerung auf. Die leichteren Anfälle, die mit Abtreibung kleiner Steine endigen, verlaufen fast alle ohne wesentliche Temperatursteigerungen. Bleibt aber der Stein stecken, wird die Galle in ihrem Abfluss verhindert und treten ulcerative oder infektiöse Prozesse auf, so tritt regelmässig Fieber ein. Handelt es sich um leichtere aber progrediente Entzündung mit oder ohne Ulcerationserscheinungen, so ist der Charakter des Fiebers ein ganz allmählich ansteigender, leicht remittirender. Handelt es sich dagegen um schwerere Affekte, so tritt auch schwereres Fieber mit Frösten und hoher Temperatur, bis zu 105 und darüber, oft mit deutlich intermittirendem Typus, auf. Hier liegt die Gefahr einer Verwechselung mit Malaria nahe, um so mehr, da gar nicht selten bei dieser Gruppe von Gallensteinerkrankungen, sei es als Folge der allgemeinen Infektion, sei es als Ausdruck einer gewissen Behinderung im Pfortader-Gebiete, Milztumor auftritt. In der Mehrzahl der fieberhaften Fälle, die ich gesehen, habe ich immer eine leichte Vergrösserung der Milz heraus perkutiren können. In einigen sogar war eine recht bedeutende, palpable Anschwellung der Milz nachzuweisen. In solchen Fällen schützt nur eine genaue Blutuntersuchung vor Irrthümern.

Der Urin bietet stets dem blossen Auge nichts charakteristisches. Bei einer ganzen Anzahl von Fällen aber lässt sich eine deutliche, wenn auch schwache Gallenfarbstoff-Reaktion bei vollkommener Abwesenheit jeglichen, auch des leichtesten Icterus, nachweisen. Es scheint dies davon herzurühren, dass infolge der Veränderung der Gallenblasenwandungen geringe Mengen Gallenfarbstoff resorbirt werden, Mengen, die so gering sind, dass sie auf der Haut und den Skleren, auch im Urin, dem blossen Auge nicht zugänglich sind und doch durch

das Reagens evident gemacht werden. Selbstverständlich wird die Reaktion nur dann eintreten, (wenn anders diese Auffassung richtig ist,) wenn die Gallenblase Galle enthält und wenn die Wandungen etwas, wenn auch nur in geringem Grade resorptionsfähig sind. Wir werden daher die Reaktion nicht erwarten dürfen bei verschrumpfter, verkleinerter Gallenblase, bei Hydrops, Empyem und dergl. Immerhin dürfte die Reaktion eine gewisse diagnostische Wichtigkeit beanspruchen. Wenn bei Fehlen jegliches Icterus und bei mehr obskuren Erscheinungen die Wahrscheinlichkeit für Steinerkrankung spricht, und dann die Gallenfarbstoff-Reaktion im Urin nachzuweisen ist, so dürfte dies eine ausschlaggebende Bestätigung bilden. Selbstverständlich darf das Fehlen der Reaktion uns nicht beeinflussen.

Es würde uns hier zu weit führen, wollten wir noch auf alle die differential-diagnostischen Erörterungen eingehen, welche uns vor Verwechselung der hierher gehörigen Erkrankungen mit Erkrankungen des Magens, Darms, Peritoneums, der Niere u. s. w. schützen sollen. Ich fürchte, ich habe Ihre Geduld schon zu sehr in Anspruch genommen. So viel ist wohl klar, dass die Diagnose nicht immer eine leichte ist, dass wir uns oft mit einer Wahrscheinlichkeits-Diagnose begnügen müssen. Indes bei eingehender genauester Untersuchung, namentlich sorgfältiger Ausführung der Palpation, bei Berücksichtigung aller, namentlich anamnestischer, Daten und möglichst exakter Ausschliessung anderer Störungen wird es doch in den meisten Fällen gelingen, zu einem Entschluss zu kommen, und gerade bei diesen Erkrankungen ist oft das rasche Entschliessen auf das dringendste geboten in Bezug auf Therapie. Die leichten Gallensteinkoliken, die „Magenkrämpfe", die mit Abgang einiger Steinchen durch den Darm endigen, bedürften kaum eines therapeutischen Eingriffs. Eine subkutane Morphiumeinspritzung, vernünftige Regelung der Diät und Lebensweise, die beliebte Karlsbader Kur genügen vollkommen für derartige Fälle. Häufen sich aber die Anfälle, gehen die Steine nicht ab, schwillt die Gallenblase an, sind permanent Druckschmerzpunkte vorhanden, vor allen Dingen tritt allmählich sich steigerndes Fieber auf, dann ist die Zeit zum Handeln gekommen. Dann soll der Arzt nicht die kostbare Zeit mit nutzlosen cholagogen Mitteln, mit Opiaten und Abführmitteln versäumen, dann ist die Zeit für chirurgisches Eingreifen da. Es ist nicht meine Aufgabe,

mich über die Indikationen zu diesen Operationen des weiteren auszusprechen. Dieselben werden Ihnen von berufenster chirurgischer Seite vorgelegt werden. Nur dies möchte ich betonen: Ich bin weit entfernt davon, jede geschwollene Gallenblase mit $100\frac{1}{2}$ oder auch 101 Fieber gleich aufschneiden zu wollen. Es ist ja sehr wohl bekannt, dass diese Erscheinungen sich alle zurückbilden können. Allein wo progredientes, wenn auch nicht hohes Fieber besteht, wo schwerere andauernde septische Erscheinungen zusammen mit lokaler Entzündung oder Infektionserscheinungen auftreten, da soll man nicht auf das seltene Ereigniss warten, dass auch diese Symptome sich noch zurückbilden, dann soll man nicht warten, bis Perforation, Durchlöcherung der verschiedensten Organe, Peritonitis, allgemeine Sepsis eingetreten sind und zu Opreation zwingen, dann soll man operativ eingreifen, um vorzubeugen, um Schaden zu verhüten. Umsomehr, da es doch feststeht, dass in diesen Fällen eine eventuelle Rückbildung der bedrohlichen Erscheinungen doch nur eine temporäre ist und über kurz oder lang in schwererer Form der Prozess wieder auflodert. Dank den Fortschritten in der chirurgischen Technik sind diese Operationen ja auch heutzutage eines grossen Teils ihrer Gefahr beraubt, und wenn der praktische Arzt, der Hausarzt, sich nur immer vor Augen hält, dass es auch Gallensteinerkrankungen, und dies mit die schwersten, ohne Verschluss des Choledochus und ohne Icterus giebt, und den verwickelten und überaus mannigfaltigen Erscheinungen dieser Erkrankungen eingehend nachfolgt und die Anwendung der Cholagaga, der Abführmittel und der Opiate auf ihr beschränktes richtiges Mass zurückführt und mit den oft geringfügigen Anfängen rasch gefährlich werdender Zustände vertraut ist, dann wird er sich rechtzeitig an den Chirurgen wenden, dann werden wir auch weniger von Todesfällen an unklarer Peritonitis, an „gastrischem Fieber“ und dergl. hören und durch das innige Zusammenwirken der inneren Medizin und der Chirurgie werden immer mehr Menschen vom Tode oder von schweren Leiden gerettet werden.

12 E. 60. St.

III.

Die chirurgischen Gesichtspunkte der Gallenstein-erkrankungen.

Von

Dr. F. Lange.

Meine Herren. Ich werde leider nicht in der Lage sein, so geordnet sprechen zu können, wie die Herren, die Sie soeben gehört haben. Ich habe in der That keine Zeit gehabt, mich systematisch auf das vorzubereiten, was ich Ihnen sagen möchte. Indess glaube ich doch, dass es mir gelingen wird, das, was für die chirurgische Auffassung des Gallensteinleidens hier in Betracht kommt, in kurzen Zügen darzulegen.

Man sollte die chirurgische Indikation, die zu erfassen Ihnen ja hauptsächlich am heutigen Abend nahe liegt, auf zwei Gesichtspunkte stellen. Sie kann gegeben sein, erstens durch Gallenstauung. Diese kann ja unter Umständen sehr lange vertragen werden. Es sind schwere Fälle von Icterus beobachtet worden, welche trotz vieljähriger Dauer schliesslich spontan zur Heilung gekommen sind. Es ist aber viel häufiger vorgekommen, dass, wenn Icterus sich über viele Monate ausgedehnt hat, dann im Gefolge der Gallenstauung eine sehr erhebliche Beeinträchtigung des Organismus eintrat, theils durch die Cholämie allein, welcher in ihren excessiven Graden der Kranke schon allein erliegen kann, theils durch Complicationen. Was für den chirurgischen Eingriff bei Cholaemischen sehr in die Wagschale fällt, das ist die Neigung zu Blutungen. Der praktische Arzt sollte bei Behandlung eines lange dauernden Icterus daran denken, dass er den chirurgischen Eingriff nicht so lange aufschieben darf, bis durch cholaemische Beschaffenheit des Blutes die Neigung zu bedrohlichen Blutungen gegeben ist. Ich habe leider drei meiner Patienten infolge von unstillbaren Blutungen nach solchen Eingriffen verloren, und die Gefahr, die solche Eingriffe am stark cholämischen Kranken begleitet, ist meiner Ansicht nach nicht gering. Die Verantwortung dafür liegt nicht in der Hand des Chirurgen. Es muss auch festgehalten werden, dass in verhältnissmässig sehr wenigen Fällen die Gallenstauung allein das schädliche Moment auf die Dauer bleibt, weil infolge der Gallenstauung Infektionszustände sich einstellen. Die lebhaft

fliessende, immer in Bewegung sich befindliche Galle ist ebensowenig der Infektion leicht zugänglich, wie etwa der Strom des Urins im Ureter, sowie aber Stagnation eintritt, dann ist mit der Ablagerung von Organismen, sei es dass sie vom Blutstrom aus oder vom Darm aus in die Gallenwege gelangen, die Gelegenheit zu entzündlichen Zuständen gegeben, und es gesellt sich zur Gallenstauung das komplizirte Krankheitsbild der Cholangitis mit ihren Folgezuständen, unter Umständen Abscess.

Es können aber zweitens durch den Stein an sich, abgesehen von der Stauung, Schädlichkeiten veranlasst werden, welche ein chirurgisches Eingreifen gebieterisch verlangen, und das sind alle diejenigen Zustände, die durch Ulceration der Gewebe des Gallengangsystems veranlasst werden. Von der Gallenblase an durch den Cysticus und Choledochus und wieder hinauf zur Leber kann an jeder Stelle die Indikation zu chirurgischem Eingreifen gegeben sein, ja wenn wir den Gallenstein weiter begleiten in den Darm, kann er selbst dort noch durch Ileus oder Darmperforation gefährlich werden und ich selbst habe aus dieser Indikation chirurgische Hilfe bringen müssen. Im allgemeinen glaube ich, ist man darüber doch einig, dass, wenn bei gegründeter Annahme zu Gallensteinleiden Zustände eingetreten sind, von denen man nicht erwarten kann, dass sie sich spontan zurückbilden werden, die Indikation für das chirurgische Vorgehen da ist. Die Art des chirurgischen Eingriffes kann dabei ja ausserordentlich verschieden sein. Wir werden unter Umständen auskommen können mit einer einfachen Cholecystotomie; es kann die Exstirpation der Gallenblase indicirt sein, dann nämlich, wenn die einfache Entlastung der Gallenblase von Stein das Organ doch in einem Zustand zurücklässt, welcher gefährliche Erscheinungen zur Folge haben kann. Ich erinnere daran, dass z. B. Abscedirungen in der Gallenblasenwand vorhanden sein können, Strikturen in der Gallenblase, oder im Ductus cysticus. Es kann weiterhin notwendig werden, die Cysticotomie, die Choledochotomie zu machen. Es kann notwendig werden, das Duodenum zu eröffnen, um einen eingeklemmten Stein zu befreien; und so treten weiterhin in den Rahmen der chirurgischen Indikationen alle jene Zustände, welche sich als Folgezustände des entzündlichen Vorganges dem Gallensteinleiden anschliessen. Ich möchte Sie über die genaueren Details, namentlich in technischer Beziehung, hier nicht belehren. Ich

möchte nur das hervorheben: eine grosse Anzahl dieser Eingriffe ist gefährlich und ausserordentlich schwierig, wenn sich das Leiden zu lange hingezogen hat, und es ist unter allen Umständen, glaube ich, im Interesse des Patienten, wenn er möglichst solchen bedenklichen und gefährlichen Eingriffen nicht ausgesetzt wird, sodass man also doch in Bezug auf die frühere oder spätere Operation kein zu temporisirendes Verhalten einschlagen darf. Sie haben soeben von Dr. Adler gehört, in welchem Masse bei den Gallensteinleiden, soweit es sich auf Gallenblase und Ductus cysticus beschränkt, spontane Heilung eintreten kann oder chirurgische Operation erforderlich ist, und Sie wissen schon aus der Literatur, dass im Allgemeinen operative Eingriffe am Gallenweg-System keine schlechte Prognose geben. Es darf Sie also nicht abschrecken, den Fall chirurgisch aufzufassen, sowie Sie sehen, dass Sie mit internen Mitteln nicht ausreichen und der Kranke merklich zu leiden anfängt. Man muss das doch immer auch fest halten: wenn dem Kranken eine schwere Operation geboten werden soll, soll er doch möglichst in der Verfassung sein sie zu vertragen. Die chirurgische Aufgabe, an heruntergekommenen, geschwächten Patienten Operationen ausführen zu müssen, die sich vielleicht über Stunden ausdehnen, hat etwas ausserordentlich Verantwortliches für den Arzt und etwas ausserordentlich Bedenkliches für den Patienten. Wir sollten uns darin mit den Herren von der inneren Medizin begegnen, dass wir für den Kranken möglichst denjenigen Zeitpunkt auszufinden uns bemühen, der für ihn der möglichst günstige ist. Die chirurgische Indikation bei der Cholangitis, welche so häufig bei Gallensteinkrankheiten das Leiden begleitet, ist nach meiner Erfahrung eine durchaus gegebene. Ich habe Fälle beobachtet, wonach ich annehmen zu müssen glaube, dass bei Patienten, die Gallenstein hatten, nach Entfernung derselben dieses Leiden einer allmählichen Besserung bis vollständigen Heilung gewichen ist, und es ist mir zweifellos, dass unter Umständen eben die Persistenz der Schädlichkeit in der Gallenblase dasjenige Moment ist, welches die Cholangitis nährt und erhält und dass die Entfernung der Gallensteine, die Entfernung infektiöser Stoffe aus dem Gallengangsystem dann auch die besseren Chancen für die Rückbildung der Cholangitis giebt. Ich habe eine Beobachtung gemacht, wo ich dann mehrere Jahre nach erfolgter Heilung bei einer solchen Patientin schweren Diabetes sich habe entwickeln sehen, und lasse dahingestellt sein, wie weit

derselbe durch das Leberleiden veranlasst war. Die Patientin war, nachdem sie operirt war, noch längere Zeit leidend und hatte hie und da noch Fröste, sodass ich an die Existenz eines Leberabscesses dachte. Sie überwand alles und war Jahre lang vollständig gesund, und ich habe sie nun jetzt nach mehreren Jahren wieder gesehen in etwas reduzirtem Zustand, und die Untersuchung des Urins ergab eine ganz ausserordentliche Masse von Zucker. Es würde interessant sein zu verfolgen, ob etwa bei solchen Kranken, bei denen entzündliche Zustände im Gallengangsystem sich abgespielt haben, eventuell später Diabetes beobachtet wurde.

Die chirurgischen Eingriffe, welche den Folgezuständen des Gallensteinleidens gelten und die sich wesentlich zu richten haben gegen obstruirende Momente in Gestalt von Adhäsionen oder Strikturen, gehören vielleicht streng genommen nicht hierher, und die möchte ich aus dem Spiel lassen. Das möchte ich aber doch noch hervorheben, was auch Dr. Adler schon erwähnt hat und was mir bei meinen chirurgischen Erfahrungen immer und immer wieder recht auffällig entgegengetreten ist, wie of Patienten Jahre lang behandelt worden sind auf alles mögliche andere ausser auf Gallensteinleiden und wie dann nachher bei der Operation unter Umständen dieses Leiden in ausserordentlich entwickelter Weise zu Tage tritt. Mir scheint es, dass hauptsächlich das, was vulgo unter Diagnose Magenkrämpfe geht, häufig Gallensteine sind, und ich glaube beobachtet zu haben, dass solche Patienten in der Regel über Magenkrämpfe klagen, die von rechts her nach dem scurbiculus cordis hingehen und häufig nach dem Rücken ausstrahlen. Die Verwechslung mit Appendicitis ist unter Umständen möglich, und ich habe mich mehr als einmal in den ersten Tagen des Leidens dieser diagnostischen Schwierigkeit gegenüber gesehen. Es ist mir erinnerlich, dass ein sehr erfahrener Chirurg bei einem Schmerzanfall mit peritonitischer Reizung während der prävalirend appendicitischen Mode-Aera den Appendix entfernte. Der Appendix, hiess es, war einer, den man ganz gern hergeben kann, er war nicht ganz gesund, und der Kranke überwand auch diesen Eingriff ganz gut. Er behielt aber seine Schmerzanfälle weiter, und ungefähr ein Jahr später kam es dann zu einer erneuten Operation, und zwar diesmal wegen Empyems der Gallenblase mit Gallenstein; dieser Eingriff hat ihn dann von seinem Leiden vollkommen befreit. Es ist mir aber auch die gegenteilige Verwechselung

vorgekommen, dass man also bei vorhandener Appendicitis geneigt war, die Gallenblase anzuklagen, und ich entsinne mich auch hie und da eines Falles, wo man wirklich lange Zeit schwanken musste, ob der entzündliche Zustand in der rechten Abdominalhälfte von oben ausgegangen war oder von dem Appendix. Man wird in solchen Fällen, wenn die allgemeinen Erscheinungen so heftige sind, dass das Leben in Gefahr scheint, zu einem explorativen Eingriff schreiten müssen, in der Erwartung, dass man das eine oder andere finden dürfte.

Meine Herren, ich hoffe, dass wir im Lauf der Diskussion noch weiter der chirurgischen Gallensteinfrage in ihren verschiedenen Schattirungen uns nähern werden, und möchte Sie bitten, mit diesen wenigen Bemerkungen meinerseits vorläufig vorlieb zu nehmen.

EDITORIELLES.

An die Leser.

Die New Yorker Medicinische Monatsschrift tritt mit der ersten Nummer des 9. Jahrganges nicht ohne tiefgehende Veränderungen vor ihren Leserkreis. Ist die Aenderung der äusseren Form von untergeordneter Bedeutung, wenn auch immerhin ein erfreuliches Zeichen des Entgegenkommens von Seiten des Herrn Verlegers, so reizen zwei andere Neuerungen, die Erklärung der Zeitung zum officiellen Organ der Deutschen Medizinischen Gesellschaft von New York, sowie der Wechsel der Redaction, zu einigen kurzen Betrachtungen.

Wenn man einem Unternehmen seinen Namen leiht, so ist es eine Ehrensache, für die übernommene Aufgabe mit seinem ganzen Können und Streben einzustehen. Das gilt sowohl von Vereinen wie von einzelnen Personen und wenn daher die deutsche med. Gesellschaft das Titelblatt mit ihrem Namen ziert, so kann man zum vornherein erwarten, dass wenn auch keine bestimmte Verpflichtung existirt, so doch der Grosstheil der Arbeiten, die aus ihrem Schoosse hervorgehen, durch dieses Medium veröffentlicht werde. Mit den Sitzungen der deutschen med. Gesellschaft ist aber das wissenschaftliche Leben der deutschen Aerzte von New York noch lange nicht erschöpft. An der 34. Strasse wird im Hause unseres Altmeisters Herr Dr. A. Jakoby, wie schon seit vielen Jahren, auch jetzt noch in monatlichen Sitzungen eifrig gearbeitet und manche wichtige Frage durch gegenseitigen Gedankenaustausch geklärt. Daneben haben sich sowohl die Aerzte des deutschen Hospitals und Dispensarys, wie auch diejenigen des St. Mark's Hospitals und der deutschen Poliklinik zu regelmässig tagenden Versammlungen constituirt. Wo ich so viele lautere Quellen sprudeln sehe, soll da nicht ein schöner Strom resultiren?

Alle diese wissenschaftlichen Gruppen arbeiten auf ein und dasselbe Ziel hin: Vervollkommnung unseres Wissens und Vertiefung in unseren herrlichen Beruf und ich bin stolz darauf, meinen Namen an die Spitze des Blattes stellen zu dürfen, das diese Bestrebungen zum Ausdruck bringen soll.

Wohl bin ich mir der Schwierigkeit und Verantwortlichkeit meiner Stellung bewusst und nicht ganz frei vom Zweifel, ob ich der übernommenen Aufgabe gewachsen sei. Allein der Zuspruch von Freunden, deren Worte mehr als leeren Schall bedeuten, war so ermuthigend, das Anerbieten der Mitarbeiterschaft von Aerzten, deren Name einen guten Klang hat, so verlockend, dass ich keck in die dargebotene Hand einschlug.

Die Monatsschrift ist durch und für den praktischen Arzt geschrieben. Die Männer, die daran arbeiten, stehen Alle tief in der Praxis und müssen sich die Zeit ergeizen, in der sie ihren wissenschaftlichen Arbeiten obliegen können. Wenn uns daher die Begeisterung für eine gute Sache kaum so weit hinreissen wird, uns auf die gleiche Stufe zu stellen mit den ersten bahnbrechenden Fachblättern Deutschlands, welche von academischen Lehrern und ihren Schülern gespeist werden, die ihre ganze Zeit wissenschaftlichen Problemen opfern können, so hoffen wir immerhin, dem Blatt den geachteten Namen zu erhalten, den ihm meine Vorgänger in der medizinischen Welt erkämpft haben.

Unnöthig zu erklären, dass sich die Monatsschrift als d e u t s c h e Zeitung nicht etwa in Gegensatz stellen will zu den englisch-amerikanischen medizinischen Blättern. Der deutsche Arzt hat seit Jahrzehnten die vollste Gelegenheit gehabt, an der kulturellen Entwicklung dieses Landes mitzuarbeiten und wenn er mit Recht einen Theil der gewaltigen Fortschritte, die da gemacht wurden, als sein Verdienst beansprucht, so ist es auf der anderen Seite nur ehrlich und recht, wenn er sich mit seinen amerikanischen Collegen auch solidarisch mitverantwortlich erklärt für Mängel, die noch Vielem anhaften. Allein die Eigenthümlichkeit der Sprache und der medizinischen Erziehung drängen auf ihr angestammtes Recht in der Bildung von deutschen Vereinen, die wiederum in ihrer Sprache und ihrer Weise gehört sein werden wollen. Eine ideale wird allerdings die Stellung der Zeitung erst dann werden, wenn sie zugleich auch in englischer Sprache herausgegeben wird, und warum sollte sich das nicht in absehbarer Zeit verwirklichen lassen?

Und so ziehe denn die Monatsschrift wieder hinaus, in die engen und weiten Gassen der Grossstadt und in die entlegensten Dörfer der Praerie, überall dem Collegen Belehrung und Anregung bringend. Und möge sie auch den Weg finden hinüber über dass Meer nach dem alten Vaterland, zur alten

Alma mater, und ihr erzählen, dass ihre Söhne ihre köstlichen Lehren nicht vergessen, sondern hier drüben bestrebt sind, denselben nachzuleben zum Wohl und Gedeihen einer neuen schönen Heimath. Alfred Michel.

Das 36. Stiftungsfest der Deutschen Medicinischen Gesellschaft.

Zum 36. Stiftungsfest der deutschen med. Gesellschaft von New York versammelten sich am Abend des 19. Dec. in Tuxedo-Hall eine stattliche Anzahl von Mitgliedern und Gästen mit ihren Frauen und Töchtern. Dr. Leonard Weber schwang als Festpräsident mit kundiger Hand den Commandostab und nach seinen Begrüssungsworten entwickelte sich bald ein lebhaftes Tafelleben. Dr. A. Seibert toastirt auf die innere Medizin. Nachdem man die modernen Specialfächer abgezogen hat, ruft er klagend aus, bleiben für die innere Medizin höchstens noch die torpide Leber, das fettig entartete Herz und vielleicht ein langdauernder Typhus. Aber selbst hier ist ihre Thätigkeit eingeengt, denn das Fettherz sehnt sich nach Nauheim, die torpide Leber nach Karlsbad und das wichtigste, was der Interne noch bei Typhus leisten konnte, die Diagnose, wird jetzt auch noch vom Bacteriologen beansprucht. Nachdem der Redner dieses Thema in humoristischer Weise ausgesponnen, schliesst er mit der Bemerkung, dass dem Volksarzte auf seinem Gange durch die Wohnungen der Arbeiter gerade soviel Verdienst gebühre, als dem Specialisten für seine oft äusserlich glänzenderen, besser honorirten Leistungen. Dr. W. Freudenthal erwähnt in seinem Toast auf die Specialitäten der deutschen Aerzte, die der Gesellschaft angehörten und die zugleich für die Entwicklung ihrer Specialität in diesem Lande bahnbrechend gewesen waren. Er erinnert daran, dass es Dr. A. Jakoby war, der zuerst hier eine Klinik für pädiatrische Studien einrichtete, dann nennt er Namen wie Krakowitzer, Hermann Knapp, Louis Esberg, Carl Heitzmann u. A. Dr. Willy Meyer wirft einen historischen Rückblick auf die Geschichte der Gesellschaft: 9 Collegen traten heute vor 36 Jahren dort unten in der Broome Street zusammen und gründeten den deutsch-medizinischen Leseverein. Vielleicht hatte das einzige noch lebende Mitglied der kleinen Gründerschaar, Herr Dr. Felix

Nordenmann ein prophetisches Gemüth, als er nach jenen ersten Sitzungen in sein Tagebuch seine Zukunftsträume einschrieb. Herbe Schicksalsstürme blieben dem Vereine nicht erspart. 24 Jahre nach der Gründung fanden sich nur 7 Mitglieder ein, gerade genug, um ein Quorum zu bilden. Ihrem Muth und ihrer Ueberzeugungstreue haben wir unser Bestehen zu verdanken. Mit einstimmigem Nein wurde die vom Präsidenten gestellte Frage auf Auflösung beantwortet, eine neue Organisation ins Leben gerufen und an die Spitze des Vereins trat der unermüdliche Dr. Carl Heitzmann. 40 Mitglieder wurden an einem Abend aufgenommen und als Heitzmann nach 2 Jahren das Scepter an Dr. Leonard Weber übergab, war der Verein auf 140 gestiegen. Nachdem er dann in warmen Worten der Verdienste Heitzmann's, dessen Todesbotschaft vor einigen Tagen zu uns hinüberkam, gedacht, wirft der Redner noch einen befriedigten Blick auf den Status praesens der Gesellschaft, welche er in der letzten Sitzung nach zwei Jahren ausgezeichneten Präsidirens in so blühendem Zustande seinem Nachfolger anvertrauen konnte: 305 Mitglieder zählt heute der Verein, 291 Active und 14 Ehren- und Correspondirende Mitglieder, wohl gegründet sind die Vermögensverhältnisse und musterhaft das wissenschaftliche Leben. Stets wachsend ist die Zahl der Besucher bei den Zusammenkünften, war sie 1895 durchscnittlich 50, so betrug 1896 die Durchschnittszahl 70. Rühmend hebt der Redner die grosse Bereitwilligkeit hervor, mit der die Mitglieder bisher und auch jetzt ihrem Präsidenten mit Vorschlägen zu Vorträgen und Demonstrationen entgegenkommen. In den letzten zwei Jahren sind zu den schon bestehenden zwei deutschen Aerztegesellschaften zwei neue hinzugetreten, was auch in Hinsicht auf eine bessere Verarbeitung des hier zu Gebote stehenden ungeheuren Materials zu begrüssen ist. Doch lasst uns daran festhalten: die deutsche med. Gesellschaft wird und muss der Mittelpunkt der deutschen Aerzte der Metropolis, wenn nicht Amerikas, bleiben.

Dr. F. Lange betont die Nothwendigkeit, unter den hiesigen Verhältnissen Alles zu unterstützen, was zur Hebung des ärztlichen Standes beitragen kann. Es beständen, sowol bezüglich der erforderlichen Vorbildung, als auch der medicinischen Ausbildung lobenswerthe Bestrebungen, welche, obwol noch immer vereinzelt, hauptsächlich deshalb zu loben seien, weil sie die medicinischen Bildungs-Institute der Selbstsucht zu

entziehen und durch die reinere Atmosphäre der selbstlosen Pflege der Wissenschaft zu heben trachteten. Dass ein gewisser Antagonismus zwischen der Nothwendigkeit zu erwerben und der edeln Aufgabe, unentwegt das Wohl der Kranken allein im Auge zu behalten, bestände, lasse sich leider nicht leugnen. Daher auch mit den stetig schlechter werdenden Bedingungen für Erwerb, der zunehmenden Concurrenz, eine bedenkliche Zunahme von Gepflogenheiten, welche der Ehre und den Interessen des Standes nicht parallel laufen. So sei denn auch in der That die Stellung des Arztes dem Publicum gegenüber keine seinen hohen Pflichten entsprechende, bestimmt durch ein gewisses Misstrauen, welches gegen das reine Pflichtgefühl des Arztes im Allgemeinen bestände und nur zu oft sei dieses Misstrauen leider berechtigt. Ein vornehmer Stand werde der ärztliche überhaupt wol nur dann werden, wenn er der geschäftlichen Seite ganz enthoben würde. Andererseits muss unter den jetzigen Verhältnissen daran festgehalten werden, dass die wirthschaftliche Selbstständigkeit eine Hauptbedingung des gesunden Selbstgefühls ist.

Die Medizin sei keine exacte Wissenschaft und zu allen Zeiten habe sie durch die führenden Geister ein persönliches Gepräge erhalten. Ganz besonders gelte dies von der Chirurgie und nicht zum mindesten von der deutschen, welcher der Geist und Charakter eines Dieffenbach, Langenbeck, Billroth, Volkmann, Thiersch, Esmarch, Hüter, Trendelenburg und Anderer ein vornehmes, stylvolles Gepräge verliehen hätten. Er trinke darauf, dass so edle Naturen jetzt und immerdar für die Entwickelung der Medizin bestimmend sein mögen.

Dr. A. H. Smith bringt seinen Toast im Namen der amerikanischen Collegen auf die deutsche Wissenschaft und ihrer Anstalten, welche den hiesigen Schulen und Spitälern stets als Muster voranleuchteten.

Dr. A. Jacobi wird vom Vorsitzenden aufgefordert, in Entgegnung auf Dr. A. H. Smith's Toast über den ärztlichen Stand Amerikas einige Worte zu sagen: Die Angelsächsiche Medicin hat sich seit 2 Jahrhunderten (Sydenham) von Theorien und Mysticismus fast ohne Ausnahme frei gehalten. Die Amerikaner theilten mit den Briten die Methode kühler empirischer und klinischer Beobachtung, dieselbe Methode, welche seit einem halben Jahrhundert auf naturwissenschaftlichem (und dadurch auf medicinischem) Gebiete die grosse

Umwälzung hervorgebracht hat. Die Mangelhaftigkeit der medicinischen Schulen werde durch den Lerneifer und klinischen Geist der Aerzte aufgebessert. Die letzten zehn Jahre haben Laboratorien geschaffen, in welchen in ächt wissenschaftlichem Sinne gearbeitet wird. Das wird ja auch in Europa anerkannt. Man vergesse zwei Dinge nicht, erstens, dass hier fast alles aus privaten Mitteln geschaffen werden muss, zweitens, dass Laboratorien auch in Europa erst die letzen 25 Jahre existiren. Das staatliche Laboratorium Pettenkofers stammt erst aus dem Jahre 1878. Der Redner rühmt dann das collegiale Benehmen der amerik. Aerzte uns Fremden gegenüber, und den raschen Fortschritt der Lehrmethode, sowie die Verlängerung der Curse in den besten med. Schulen.

Der Aufhebung der Tafelrunde schloss sich ein fröhlicher Tanz an und es war wirklich herzerfrischend, all die „Speciellen und Allgemeinen", für die sonst die holde Weiblichkeit keine Reize zu haben scheint, wenn sie nicht zum mindesten über ein Mammacarcinom verfügt, in angenehm coordinirten Bewegungen durch den Saal gleiten zu sehen, den rechten Vorderarm in leicht supinirter Stellung um die Taille einer schönen Tänzerin gelegt.

Das 36. Stiftungsfest war ein ganzer Erfolg und beim Auseinandergehen war auf allen Gesichtern zu lesen:

Auf Wiedersehen im nächsten Jahr!

SITZUNGSBERICHTE.

Deutsche Medicinische Gesellschaft in New York.

17 West 43. Strasse.—Montag, 2. November 1896.—Präsident: Dr. Willy Meyer.

1. VORSTELLUNG VON PATIENTEN.

Dr. F. Kammerer demonstrirt zwei Fälle von Kothfistel nach Operation für Appendicitis, bei welchen lokale Eingriffe den Schluss der Fisteln nicht herbeiführten und er deswegen die Entero-Anastomose mit einseitiger Ausschaltung eines Theils des Ileum, des colon ascendens und der Hälfte des colon transversum machte. Der Dünndarm wurde nach Eröffnung der Bauchhöhle ungefähr 6—8 Zoll vor seiner Einmündung in das Coecum quer durchtrennt, das abführende Ende mit Naht fest verschlossen und das zuführende Ende mittels Murphybutton in der Mitte des Quercolon eingepflanzt. Die Operationen waren wegen der vielen Adhäsionen zum Theil recht schwierige. Sie verliefen jedoch ohne Zwischenfall. Die Knöpfe gingen nach 8—10 Tagen ab. Der eine Patient, 18 Jahre alt, der seinen ganzen Stuhl durch die Fistel entleerte, hat seit der Operation keinen Stuhl mehr auf diesem Weg verloren. Dagegen entleerte sich lang zäher Schleim aus der Fistel, bis dieselbe durch die Naht geschlossen wurde. Der Patient litt in den ersten Wochen post operationem einige Male an kolikartigen Schmerzen in der rechten Seite, die aber dann verschwanden, ohne wiederzukehren. Bei dem anderen Patienten, der ebenfalls vor der Operation keinen Stuhl per anum entleerte, erfolgt jetzt die Defäkation auf natürlichem Wege 1—2 Mal im Tag; dagegen ist die grosse Fistelöffnung geblieben, aus welcher zeitweise, besonders bei flüssigem Stuhl, noch ziemliche Mengen Koth heraustreten. Dieselbe wird wohl durch Operation geschlossen werden müssen. Beschwerden irgend welcher Art hat dieser Patient nach der Operation nie gehabt.

Dr. Moschkowitz stellt einen Fall von morbus Werlhofii vor und verliest die Krankengeschichte.

Diskussion: zu Dr. Kammerer's Fällen.

Dr. F. Lange: Ich bin in einigen Fällen in ähnlicher Weise wie Dr. Kammerer verfahren und habe dabei sehr gute Erfolge erzielt. Ich würde in dem vorliegenden Fall jedenfalls auch die partielle Ausschaltung des Darmstückes vorziehen und sehe nicht ein, was der Vorteil einer totalen Ausschaltung sein sollte. Man muss daran denken, dass der Darm, wen er ganz ausgeschaltet ist, trotzdem secernirt und dass die angehäuften Sekrete mit der Zeit eine gewisse Masse repräsentiren, die dann doch unbequem werden und unter Umständen auch gefährliche Folgezustände veranlassen dürfte.

Präs. Dr. Willy Meyer: Ich hatte vor einem Jahr einen sehr schweren Fall und hatte auch vor, den Darm so einzupflanzen, musste aber wegen zu grosser Verwachsungen davon abstehen. Ich konnte mich

nicht genau vergewissern, wo das untere Ende des Ileum war, und machte daher eine seitliche Anastomose mit dem grossen Murphy-Knopfe. Dieser Knopf ging am neunten Tage ab, und der Patient entleerte in den nächsten zwei Monaten keinen Koth mehr aus der Fistel. Leider habe ich ihn innerhalb eines Jahres nicht wieder gesehen. Ich habe über einen ähnlichen Fall gelesen, von einem Kollegen in St. Louis, wo auch das Ileum durchtrennt und in das Colon transversum eingepflanzt wurde. Jedenfalls glaube ich mit Dr. Kammerer und Dr. Lange, dass dies in Zukunft die beste Methode sein wird, die wir bei derartigen obstinaten Fisteln einschlagen sollten, und dass die einseitige Darmausschaltung jedenfalls der totalen vorzuziehen ist.

Dr. F. Kammerer: Ich habe auch erwähnt, dass die Totaldarmausscheidung durch Sekretion gefährlich werden könnte, aber in der, wenn auch verheilten, Fistel ist ein Sicherheitsventil gegeben, durch das wir jederzeit Luft schaffen können. In der That ist ja die totale Darmausschaltung experimentell schon gemacht worden, und eine derartige Nothwendigkeit hat sich nicht aus allen Versuchen ergeben. Ich glaube, dass die Ansicht der Chirurgen darüber, ob totale Darmausschaltung statthaft, noch geteilt ist. Ob eine einseitige Ausschaltung des Darmes durch Kothstauung Gefahr bringen könnte, muss weitere Erfahrung lehren.

2. DEMONSTRATION VON APPARATEN.

Dr. Kiliani demonstrirt den Pendelbewegungs-Apparat nach Kruckenberg und verliest die bezüglichen Erläuterungen.

Sek. Dr. E. Bachmann verliest das Protokoll der letzten Sitzung des Verwaltungsrats.

Präs. Dr. Willy Meyer: Sie haben das Protokoll gehört. Das nächste, worüber wir abzustimmen haben, ist die Anschaffung eines neuen Mitgliederverzeichnisses. Ich bitte diejenigen Herren, die dafür sind, „ja" zu sagen. (Geschieht.) Der Antrag ist angenommen.

Der zweite Antrag des Verwaltungsrats betrifft die Einforderung von Geldern. Es sollen die Worte „mittelst registrirten Briefes" gestrichen werden. Ich bitte alle diejenigen, die dafür sind, „ja" zu sagen. (Geschieht). Der Antrag ist angenommen.

Im Schlusssatz des Par. 4 soll es sodann heissen bei Einforderung rückständiger Beiträge, dass der Schatzmeister nach Ablauf von 12 Monaten verpflichtet ist, einen Antrag auf Ausschluss im Verwaltungsrat zu stellen.

Dr. Talmei: Ich denke, das ist zu früh. Man sollte statt 12 Monate sagen 2 Jahre. (Unterstützt).

Dr. Klötz: Ich möchte darauf aufmerksam machen, dass der vorgeschlagene Modus schon eine recht bedeutende Erleichterung im Vergleich zu dem bisherigen ist und dass man nicht gleich gar zu weite Sprünge machen sollte.

Präs. Dr. Willy Meyer: Wir kommen zur Abstimmung. Ich bitte alle diejenigen Herren, welche für die vom Verwaltungsrat vorgeschlagene Aenderung sind, „ja" zu sagen. (Geschieht). Angenommen.

Ein weiterer Beschluss des Verwaltungsrats geht dahin, das Stiftungsfest in diesem Jahr am neunzehnten Dezember, dem Stiftungstag

des Vereins, der gerade auf einen Samstag fällt, durch ein Bankett mit Damen und Tanz zu feiern. — Der Antrag wird nach kurzer Debatte gleichfalls angenommen.

Präs. Dr. Willy Meyer: Ich möchte noch darauf aufmerksam machen, dass in der nächsten Sitzung die Wahlen zwischen 8.30 und 10.00 Uhr hier im Nebenzimmer stattfinden werden, und zwar nach dem Modus der Academy of Medicine.

Sekr. Dr. Rose verliest den Wortlaut der an Dr. Virchow abgesandten Glückwunschdepesche und teilt ferner mit, dass Dr. Oppenheimer seine Resignation eingereicht hat.

Dr. F. Lange berichtet nunmehr über den Unterstützungsverein der D. M. G. wie folgt: Meine Herren. Es hätte bereits in der Sitzung vom Mai über die Wirksamkeit und den Kassenbestand unseres Unterstützungsvereins Bericht erstattet werden sollen. Ich war damals im Begriff zu verreisen, und der Bericht unterblieb, was ein Fehler ist und wofür wir um Indemnität bitten. Wir sind heute bereit, diesen Bericht nachzuliefern, möchten dann aber bitten, dass uns gestattet werde, den nächsten Bericht, der eigentlich im nächsten Monat geliefert werden sollte, erst im Mai zu geben, weil es zwecklos sein würde, nach dem heutigen Kassenbeschluss im nächsten Monat schon wieder einen zu geben. Ich möchte hervorheben, dass wir glücklicherweise nur selten in der Lage waren, an hilfsbedürftige Kollegen Unterstützungen zu geben, und wir sehen angesichts unseres Kassenbestandes, den der Schatzmeister Ihnen sogleich vorlegen wird, davon ab, die Hilfe des Vereins als solchen weiter in Anspruch zu nehmen. Sollten wir aber in die Lage kommen, uns einer grösseren Wirksamkeit gegenüber zu sehen, so werden wir auch mit einem Appell an die Herren wiederkommen und uns eventuell die Freiheit nehmen, den Verein als Person wieder um Teilnahme zu bitten. Ich möchte nun den Schatzmeister bitten, den kurzen Kassenbericht zu verlesen.

Dr. Louis Heitzmann verliest unter lebhaftem Beifall der Versammlung den Kassenbericht des Unterstützungsvereins.

Die Herren Dr. Weber, Adler und Lange halten ihre einleitenden Referate über Gallensteinerkrankungen (siehe die Originalarbeiten dieser Nummer). Daran schliesst sich die

Allgemeine Diskussion:

Dr. A. G. Gerster: Meine Herren. Wie viel häufiger heutzutage dem Chirurgen die Gelegenheit geboten wird, die Behandlung der Leiden der Gallenwege in die Hand zu nehmen, kann daraus ersehen werden, dass in einem kurzen Hospitaldienst im Mt. Sinai Hospital, der fünf Monate in diesem Jahr in Anspruch nahm, 9 Fälle von Erkrankungen der Gallengänge chirurgisch behandelt worden sind. Vier davon waren Empyeme der Gallenblase, welche veranlasst wurden durch Einklemmung solitärer Steine. In einem Fall wurde ein Stein aus dem Diverticulum des Patienten entfernt. In einem anderen Falle handelte es sich um Stauungen, durch Ursachen veranlasst, die sich nicht eruiren liessen. Es waren aber Erkrankungen da, welche den Eingriff vollständig rechtfertigten. In einem anderen Fall erinnere ich mich auch einer Stauung, verursacht durch eine krebsartige Erkrankung des Ductus cysticus, hinter welchem ein Stein eingeklemmt war, was zu Stauung des Inhalts der Blase Veranlassung gab.

Die Zeit ist ziemlich vorgerückt, und ich will mich daher kurz fassen und nur einen Punkt aus den vielen interessanten Gesichtspunkten hervorheben, die von meinen Vorgängern schon berührt worden sind, und das ist die Differentialdiagnose, und zwar besonders den Punkt, den Kollege Lange soeben betont hat, die leichte Verwechselung zwischen Appendicitis und Erkrankungen der Gallenblase, oder ich sollte eigentlich sagen, nicht so sehr die Verwechselung, sondern die Differenzirung beider Leiden. Natürlicherweise wird der Arzt, wenn ein Tumor in der rechten Bauchseitenwand da ist, welcher Schmerzen verursacht und dessen Gegenwart begleitet ist von hohem Fieber progredienten Charakters, wenn er die Diagnose nicht ganz klar stellen kann, an beide dieser Leiden denken, und wird es, wie Dr. Lange gesagt hat, auf einen Probeschnitt ankommen lassen, die Diagnose festzustellen. Ich war wiederholt in der Lage, nicht sagen zu können, ob es sich um Appendicitis handelte, bei welcher ein Abscess sich hoch unter die Leber ausdehnt, oder um ein Empyem der Gallenblase, welche infolge Vergrösserung oder tiefer Lage der Leber ganz tief hinunter ging. Und es geschah, dass zuweilen, wo es wahrscheinlich erschien, dass es sich um Appendicitis handelte, ein Empyem der Gallenblase gefunden wurde, und in einem anderen Fall, wo man dachte, dass es sich ganz bestimmt um Erkrankung der Gallenblase handelte, da hoch oben eine Geschwulst lag und sonstige Erscheinungen alle darauf hindeuteten, eine Appendicitis vorgefunden wurde. Es wurde oben ein Abscess gefunden, dessen Ursache in der Appendicitis zu suchen war. Ein perforirter Appendix lag auch vor, der aber vollständig diskret und mit diesem Abscess, welcher der Unterfläche der Leber dicht anlag, nicht direkte Verbindung hatte. Kurzum es war ein Fall, in welchem die Diagnose mit Schwierigkeit bei der Operation gestellt werden konnte und bei welchem Fall das Uebersehen des einen oder anderen Faktors dieses pathologischen Zustandes jedenfalls zu sehr unangenehmen Folgen hätte führen können. Was hier die deletären Folgen des langen Zuwartens, Cholämie und starke Neigung zu Blutungen anbelangt, so kann ich das nur bestätigen. Ich selbst habe zweimal das Unglück gehabt, Patienten nach unstillbaren Blutungen nach Operationen an der Gallenblase verlieren zu müssen. In einem Fall, in welchem aus dem Diverticulum Vateri des Ductus choledochus ein solitärer Stein entfernt wurde, starb die Patientin auch infolge zu langen Zuwartens, denn, wie die Sektion, die zehn Tage nach geschehener Operation vorgenommen wurde, erwies, handelte es sich um ausgedehnte eitrige Cholangitis. Es bestanden vor der Operation Schüttelfröste, vergrösserte Leber; trotzdem fühlten wir uns veranlasst zu operiren. Die Patientin erlag. Der chirurgische Eingriff geschah hier viel zu spät, obwohl er zwei Tage nach Aufnahme der Patientin im Hospital ausgeführt worden ist.

Noch ein übles Vorkommniss, das nach der Operation an den Gallengängen zuweilen geschieht, will ich erwähnen und damit will ich schliessen, das ist die Ruptur der Naht, vermittelst der die Gallenblase an die Bauchwand befestigt ist. Es ist mir geschehen, dass in einem ganz glatt verlaufenen Fall 14 Tage nach geschehener Incision und Entfernung eines Solitär-Steines vom Ductus cysticus der Patient einen Streit mit seiner Frau hatte und während dieses Streites sich unwillig

im Bett herumwarf — es war ein fetter, starker Mann — und ungefähr eine Stunde darauf merkte der Wärter, dass an dem Verband etwas nicht in Ordnung war. Dr. Lilienthal, der zufällig im Hospital operirte, wurde geholt, und es fand sich, dass die Nähte bei dieser kräftigen Bewegung alle geplatzt waren, und dass der Mann buchstäblich eventrirt war. Der ganze Dünndarm, das ganze Omentum hing unter dem Verband heraus, und das Omentum war buchstäblich starr geworden, erkaltet, und die Därme und das Omentum waren von der ausfliessenden Galle besudelt. Kurz der Fall sah desperat aus. Der Patient weigerte sich narkotisirt zu werden, und das vermehrte die Schwierigkeit des Falles. Trotzdem gelang es, das Omentum zu reinigen. Alles wurde reponirt, die äussere Wand tamponirt, und als ich spät abends nach der Stadt zurückkehrte und den Patienten besuchte, sass er im Bette auf und rauchte eine Cigarre. Das sah ich als ein sehr gutes Omen an. Ebenso unerwartet verlief die Sache vollständig gut, der Patient genas vollständig.

Ein ähnlicher Zufall ereignete sich seit dem ersten Februar in meinem Hospitaldienst, wo die geschrumpfte Blase exstirpirt wurde, wobei die Bloslegung der Blase ungeheuer schwierig war. Die Gallenblase war weit hinter die Leber retrahirt, und die Zugänglichkeit durch feste Adhäsionen sehr erschwert. Ich kann bemerken, dass ein Rat, den Dr. Lange mir gelegentlich gegeben, uns bei diesem Fall ungeheuer zu statten kam, nämlich eine freie und lange quere Incision durch die Bauchwand und das Emporklappen der Leber auf die Thoraxwand. Durch dieses Hilfsmittel wurde die Gallenblase zugänglich gemacht. In diesem Fall musste man sich zur Tamponade entschliessen, da Zweifel über den aseptischen Zustand der Wunde vorlagen. Trotz Tamponade entwickelte sich Peritonitis, in deren Verlauf die Därme bei einer Brechbewegung vorstürzten. Die Kranke erlag.

Dr. F. W. Lilienthal: Ich will nur vom Standpunkt des praktischen Arztes sprechen. Nach dem, was wir heute von den Chirurgen über Gallensteinkrankheit gehört haben, sollte man glauben, jeder Gallensteinkranke müsste dem Chirurgen in die Hände kommen. Aber nach meiner Ansicht ist das Verhältniss eins zu tausend oder noch besser. Desshalb brauchen wir nicht so besonders ängstlich mit Gallensteinkranken zu sein. Im grossen ganzen kann man die Prognose bei allen Gallensteinkranken günstig stellen, wenn meine Vermutung richtig ist, dass auf tausend Kranke einer in die Hände eines Chirurgen kommt. Wenn ein Gallensteinkranker zu uns kommt, so glaube ich, wird er unter zehn mal neun mal über Magenbeschwerden klagen und wir Aerzte werden die Ursache der Krankheit im Magen oder Darm suchen, vorausgesetzt, dass noch niemals eine Gallensteinkolik bei dem betreffenden Patienten stattgefunden hat. Wenn aber ein Kranker eine Gallensteinkolik bekommt, so bin ich überzeugt, dass unter tausend Fällen 995 mal der Doktor mit den Worten gerufen wird: der Betreffende Patient habe schreckliche Magenkrämpfe, und mit dieser Diagnose treten wir an den Patienten heran. Was können wir da vor uns haben? Ich will an das anknüpfen, was zuletzt von den Chirurgen gesagt worden ist, dass Gallensteinkolik für eine Entzündung des Wurmfortsatzes gehalten werden könnte und umgekehrt. Ich gebe die Möglichkeit einer Verwechselung unter gewissen Um-

ständen zu, aber ich selbst bin noch nie in die Verlegenheit gekommen, an Entzündung des Wurmfortsatzes zu denken, wenn jemand Gallensteinkolik hat, wohl aber ziehe ich bei Stellung der Differentialdiagnose Magenkrämpfe, Darmkolik und Nierensteinkolik in Betracht. Gallensteinkolik von Darmkolik zu unterscheiden, hat mir nie Schwierigkeiten gemacht; der Umstand, dass bei Darmkolik das Centrum des Schmerzes in der Nabelgegend ist, dass ferner der Schmerz auf Druck meist gemildert wird, dazu noch die Anamnese, lassen leicht die richtige Diagnose stellen. Schwieriger wird schon der Unterschied zwischen Magenkrämpfen und Gallensteinkolik; aber genaue Palpation, vorsichtige Anamnese und die Localität des Schmerzes sichern auch hier die richtige Diagnose. Das Centrum des Schmerzes und die Richtung der Ausstrahlung nehme ich in zweifelhaften Fällen als Leitfaden: Bei Magenkrämpfen ist das Centrum des Schmerzes in der Gegend des Processus xyphoideus und die Ausstrahlung des Schmerzes geht nach dem Rücken gerade gegenüber dem Schwertfortsatz, während bei Gallensteinkolik das Centrum des Schmerzes in der Gegend der Gallenblase liegt und die Schmerzen nach der rechten Schulter ausstrahlen. Bei Verwechselung von Gallensteinkolik mit Nierensteinkolik kommt natürlich nur die rechte Niere in Betracht. Auch hier leitet mich bei Stellung der Diagnose die Anamnese, genaue Untersuchung und die von dem Patienten bezeichnete Richtung des Schmerzes. Wenn der Schmerz von der rechten Nierengegend in der Richtung des rechten Urethers nach der Blase zieht, haben wir sicher eine Nierensteinkolik vor uns.

Das müsste auch für einen praktischen Arzt sehr fatal sein, wenn er dem Patienten den Auftrag giebt, den Gallenstein im Kot zu suchen, und mit einem Male wird am nächsten Tage der Stein mit dem Urin in den Nachttopf entleert. Wenn ich die Diagnose auf Gallenstein stellen will, so palpire ich, so genau ich kann, die Gegend der Leber und des Magens, und wenn auch der Patient meist klagt, dass die Magengrube das Centrum des Schmerzes sei, so findet man bei genauerem Nachsuchen doch, dass die Gegend der Gallenblase das eigentliche Centrum des Schmerzes ist, der dann auch nach der rechten Schulter zu ausstrahlt. Im Anfang suche ich selbstverständlich durch Morphiuminjektion die heftigen Schmerzen zu unterdrücken. Es ist für die Patienten auch wichtig zu wissen, ob sie häufig den Anfällen ausgesetzt sind, oder ob es mit dem einen abgethan ist. Die unendlich vielen Gallensteinkoliken, die ich in meinem Leben gesehen habe, haben mir zu der Routine verholfen, dass, wenn ich einen Stein finde, der ein bischen oblong, rund ist aber glatt, keine Facetten hat, und ziemlich gross ist, etwa wie der, den uns Dr. Weber heute vorgezeigt hat, dass ich dann vertröste: es ist vielleicht der einzige, oder es werden Jahre vergehen ehe wieder einer kommt. Aber wenn der Stein klein ist und Facetten hat, dann mache ich darauf aufmerksam, dass solcher Anfälle mehr kommen werden.

Was die Behandlung betrifft, die ich einleite, so lasse ich auch alkalische Wasser gebrauchen, meist in Form von Karlsbader Salz. Von der Behandlung selbst hat man im allgemeinen nicht viel zu erwarten Regelung der Diät und der Verdauungsthätigkeit führen am besten zum Ziel. Die in den letzten Jahren so warm empfohlenen Oel-

eingiessungen oder Oeltrinken habe ich nie zu verordnen vermocht. Es widerstrebt mir, etwas zu thun, wofür ich keine Erklärung geben kann.

4. ABSTIMMUNG UEBER DIE KANDIDATEN.

Präs. Dr. Willy Meyer: Die Wahl hat ergeben, dass die Herren Dr. A. Michel und Dr. E. Hotzen einstimmig aufgenommen worden sind.

5. NOMINATION VON BEAMTEN FUER DAS JAHR 1897.

Es werden aus der Mitte der Versammlung Namen für die verschiedenen Beamten für das Jahr 1897 vorgeschlagen.

Hierauf Schluss und Vertagung.

Referate und Kritiken.

Report of the Surgeon-General U. S. Navy to the Secretary of the Navy. 1896.

Dieser sehr interessante Bericht des Generalarztes Dr. Tryon verdient wol etwas eingehend besprochen zu werden; denn er enthält ausser den vielen, mehr für die Militärärzte interessanten statistischen Daten, eine Menge wohl verarbeiteten wissenschaftlichen Materials.

Die U. S. Navy weist eine mittlere Stärke von über 12,000 Mann auf. Von diesen erfolgten in dem Berichtjahr (Sommer 1895 bis Sommer 1896) im Ganzen 10,000 Krankmeldungen, d. h. genau berechnet 83 Prozent, wovon ein Viertel für Verletzungen. Die Gesammtzahl der Krankentage betrug 160,000, oder über 15 Tage für jeden Kranken. Bei weitem die grösste Zahl von Fällen hat die Gruppe Malaria aufzuweisen, 913, und zwar schienen besonders die nordamerikanischen Werftarbeiter und die Mannschaften des Nordatlantischen Geschwaders beteiligt. Die in europäischen Häfen und im Mittelmeer stationirten Schiffe wurden sowol von Malaria als besonders auch von epidemischen Catarrhen heimgesucht, während die in asiatischen Gewässern kreuzenden Schiffe doppelt so viel Darmerkrankungen aufwiesen als Malaria. Die rheumatischen Affectionen betrugen ihrer Zahl nach meist 60—70 Proz. der Malariafälle; nur das südatlantische Geschwader macht darin eine Ausnahme, indem dessen Mannschaften fast keine Malaria, wol aber sehr viel Rheumatismus zeigten. Im Ganzen war der Gesundheitszustand der Schiffsmannschaften ein recht guter und die Mortalität eine ziemlich geringe. Die hygienischen Massregeln scheinen den modernsten Anforderungen zu entsprechen. So wurde in verdächtigen Gegenden, z. B. in den Häfen von Gelbfieber- oder Choleraplätzen, nur destillirtes Wasser zum Waschen und Baden verwendet, und sogar das Deck nur mit solchem gereinigt. Die Mannschaften der nordamerikanischen Werften und derjenigen Schiffe, welche lange Zeit daselbst stationirt waren, weisen eine enorme Zahl von Malariafällen auf, 311 auf 2365 Mann. Auf die Werften von Washington, D. C., allein kamen 163 Fälle — es wurden dort fast alle Matrosen und 80 Proz. der Marinesoldaten krank. Das Vorwiegen

der Malaria wird dem Umstande zugeschrieben, dass der Anacostiafluss an der Werft ausgebaggert und der Schlamm auf das niedrige Ufer geworfen wurde.

Aus den Berichten der einzelnen Schiffsärzte möchte ich einige interessante Angaben hervorheben. Das U. S. S. Bennington (pacifisches Geschwader) nahm auf Mare Island Kohlen ein, die auf der sumpfigen Kohlenwerft gelegen hatten. Der Arzt, Dr. C. T. Hibbett schreibt die Malariafälle, welche auf der Fahrt nach Acapulco vorkamen diesem Aufenthalt auf Mare Island zu. Wahrscheinlich erscheint mir, dass nicht der Aufenthalt an sich so sehr die Schuld an dem Ausbrechen der Malaria trug, sondern viel mehr die Kohlen, welche mit Malariaerde beschmiert waren. Die Hälfte der Fälle kamen bei Maschinisten und Heizern vor. (Die Kohlen, deren Provenienz der Käufer meistens nicht kennt und die sehr häufig in den ungesundesten Quartieren der Städte gelagert werden, dürften, nach Ansicht des Referenten, gewiss manchmal für eine Hausinfection mit Malaria verantwortlich gemacht werden. Es ist ja zur Genüge bekannt, dass durch einen mit Malariaerde gefüllten Blumentopf die Krankheit in gesunde Gegenden transportirt werden kann; warum nicht auch durch die mit Erde beschmutzten Kohlen?)

Dass Hibbert gegen Cholera Schwefelräucherungen anwendet, hat uns etwas erstaunt; denn Schiffscabinen lassen sich doch gründlich genug mit Sublimat auswaschen oder durch Formalindämpfe desinficiren — Schwefel ist denn doch gar zu unsicher. Eine Notiz des Dr. H. B. Fitts vom Dampfer Essex ist bemerkenswert. Auf hoher See, zwischen Newport und Barbados brach eine Epidemie von Pharyngitis aus, während zwei Wochen im Ganzen 30 Fälle; kein Officier erkrankte. Als aber eine Woche nach der letzten Erkrankung das Bettzeug auf Deck gelüftet wurde, da bekam nach zwei Tagen derjenige Officier, welcher zur Zeit des Lüftens auf Deck Dienst hatte, ebenfalls eine Pharyngitis. Aus dem Marinehospital in Norfolk, Va., berichtet der medicinische Director C. J. Cleborne einen Fall von Pancreasabscess. Der Patient hatte Geschichte und Symptome eines Herzklappenfehlers gegeben, mit Höhlenergüssen, und war an Erschöpfung gestorben. Das Pancreas enthielt eine gangraenöse Höhle und an Stelle des Ductus wirsungianus fand sich in der Duodenalwand ein grösseres Loch, welches direct in die Höhle hineinführte. Einige der grösseren Pancreasgefässe waren durch Coagula fest verschlossen. (Ob es sich in diesem Fall um Embolien handelte, wird nicht gesagt.)

Das complet ausgestattete Museum der Hygiene scheint auf die wissenschaftliche Tätigkeit der Marineärzte einen sehr fördernden Einfluss zu haben, wie verschiedene in extenso dem Bericht beigefügte Arbeiten bezeugen. Von denselben soll in erster Linie eine bacteriologische Arbeit von Thomas C. Craig erwähnt werden. Er geht von dem Gedanken aus, dass Früchte, welche aus Choleragegenden stammen, leicht zum Infectionsträger werden könnten, und untersucht desshalb den Einfluss von Fruchtsäften auf lebende Cholerabacillen. Er schnitt mit sterilisirtem Messer Früchte in Scheiben, legte diese in Doppelschaalen und bestrich die Schnittfläche mit einigen Tropfen einer Choleracultur. Darauf bestimmte er durch Impfung von Culturmedien wie lange die Bacillen lebendig bleiben. Auf Wassermelonen und

auf Melonen blieben die Spirillen über 40 Tage am Leben, auf Aepfeln starben sie am 11. Tage ab, auf Bananen am 5., auf Aprikosen am 3. Auf Erdbeeren blieben sie nicht 24 Stunden am Leben, ebenso wenig auf Ananas, auf süssen Floridaorangen 30 Minuten, auf recht sauern Orangen kaum 10 Minuten und auf Citronen nicht 5 Minuten. Henry G. Beyer's Arbeit über Beeinflussung des Wachstum durch gymnastische Uebungen verdient genannt zu werden. Seine Masstabellen zeigen, dass Körperübungen bei Jünglingen von 16—19 Jahren nicht nur die Lungencapacität erhöhen, sondern auch das Längswachstum und die Gewichtszunahme fördern. W. F. Arnold's vorläufiger Bericht über die Cholera in Japan und die Pest in China enthält manches interessante, besonders auch über die Serumtherapie bei diesen beiden Krankheiten. F. Schwyzer.

Grundriss einer klinischen Pathologie des Blutes. Rud. R. v. Limbeck. Zweite Auflage.

Die erste Auflage dieses Buches ist im Jahre 1892 erschienen. Seither hat die Hämatologie viele Fortschritte gemacht und eine neue Auflage dieses allgemein beliebten Grundrisses der Blutlehre schien ein wahres Bedürfniss. Die zweite Auflage gibt nun in der Tat ein recht vollständiges Bild der modernen Blutlehre und ist ein vorzüglicher Führer für den Mediciner, der sich an das genaue Studium des Blutes machen will. Schon die veränderte Einteilung des Buches ist ein entschiedener Vorteil: Methodik, chem. physical. Eigenschaften des Blutes, Morphologie, klinische Blutuntersuchung.

Die Methodik ist sehr vollständig abgehandelt. Die Farbetechnik hat keine sehr beträchtlichen Fortschritte gemacht, doch sind z. B. einige brauchbare Farbmischungen angegeben worden, welche Doppelfärbungen auf einmal besorgen (Eosin-Methylenblau). Zur Bestimmung der Blutalcalescenz giebt Limbeck eine neue Methode. (Wiener med. Blätter 1895, No. 19.). Er verwendet sowohl defibrinirtes Blut als auch reines Serum. 5 ccm. davon werden mit 200 ccm. destillirten Wassers vermischt und mit ½ cc. normaler Salzsäure angesäuert. Das Bluteiweiss bleibt in Lösung. Titrirt man nun mit 1-10 Normalnatronlauge zurück, so fällt das Eiweiss plötzlich nieder, sobald der neutrale Punkt erreicht wird. Die Differenz zwischen der zur Titration verwendeten Natronlauge und der zur Neutralisirung der Salzsäure erforderlichen Natronmenge ergiebt die Blutalcalescenz. Leider ist diese Methode in der Praxis kaum verwendbar, denn es wird ja nur in Ausnahmsfällen möglich sein das notwendige Blutquantum einem Patienten zu entziehen. Diejenigen Verfahren aber, bei welchen nur Tropfenweise Blut verwendet wird, erscheinen uns alle viel zu wenig genau, sodass eine gute Methode der Bestimmung der Blutalcalescenz zu wünschen ist. Die Methoden zur Bestimmung der Geschwindigkeit der Blutgerinnung sind gut, (besonders die von Wright) und dürften dem Chirurgen manchmal von grossem Werte sein. Erfolgt die Gerinnung nicht oder nur sehr langsam, so bedeutet dies grosse Gefahr bei der Operation. Der Abschnitt „Blutmenge" enthält manches Interessante. Der Einfluss der Verdunstung auf das Blut ist, wie besonders Czerny nachgewiesen hat, ein ganz gewaltiger. Die alte Gerinnungslehre ist entsprechend den neuesten Forschungen modificirt worden und Lilien-

feld's neue Theorie gebührend berücksichtigt. Einige aus der neuen Blutchemie sich ableitende Sätze verdienen hervorgehoben zu werden. A. E. Wright rät als Stypticum Fibrinferment in 1 Proz. Calciumchloridlösung local anzuwenden. Ja, es wird sogar bei Tieren versucht per os 0,3—0,4 gr. Chlorcalcium pro Kilogramm Körpergewicht zu verabreichen, wodurch die Gerinnungsfähigkeit des Blutes in erheblichem Masse stieg. Castellino gab bei einem Fall von Leukämie mit starker hämorrhagischer Diathese 10 gr. Calciumphosphat pr. kg. Körpergewicht (sollte wohl heissen pro kg. Blut) und vermochte so das Blut gerinnungsfähig zu machen, worauf Milzexstirpation von dem Patienten überstanden wurde. Die Bemerkungen Limbeck's über Tropenanämie möchten wir nicht unterschreiben. Er erklärt dieselbe als Resultat von Tropenkrankheiten wie Malaria, Bilharzia Anchylostomiasis. Wir möchten nicht bezweifeln, dass die Hitze allein mit all den kleinen Leiden in ihrem Gefolge (Appetit- und Schlaflosigkeit) schwere Anämie erzeugen kann.

Bei Besprechung der Leucocyten und der normalen Leucocytenzahlen macht Limbeck darauf aufmerksam, dass kräftige, gesunde Menschen stets eine bedeutend höhere Leucocytenzahl haben als Hungernde, Heruntergekommene und Alte. Das Fehlen der Verdauungsleucytose bei Magencarcinom gilt jetzt als ein feststehendes Symptom und lässt sich zur Differenzialdiagnose zwischen Carcinoma und ulcus ventriculi verwenden. Der Abschnitt über Malaria ist recht gut, doch wollen wir ihn hier nicht weiter besprechen, sondern ihn zusammen mit einigen anderen Arbeiten über Malaria referiren.

F. Schwyzer.

Ernst Grawitz. Klinische Pathologie des Blutes. Berlin, 1896.

Das Buch beansprucht nicht ein Lehrbuch der Blutlehre zu sein, sondern behandelt nur die für den Kliniker wichtigen Abschnitte der Hämatologie. In der Einleitung bespricht Grawitz unter anderem die äussere Beeinflussung der Blutzusammensetzung. Schmerz z. B. lässt nach Grawitz' eigenen Untersuchungen das specifische Gewicht des Blutes ansteigen, ebenso grosse psychische Emotion. Da das Verhältnis zwischen Capillarblut und Blut aus grösseren Gefässen nie constant ist, so rät Grawitz für alle feineren Untersuchungen Blut aus einer Vene zu aspiriren und er giebt an, bei vielen hunderten von derartigen Untersuchungen nie schädliche Folgen gesehen zu haben. Auf die Zeit der Blutentnahme legt Grawitz, wie mir scheint mit Recht, ein sehr grosses Gewicht, denn die Blutzusammensetzung differirt ganz beträchtlich vor und nach Mahlzeiten. Er empfiehlt stets in der Mitte zwischen Frühstück und Mittagessen die Proben zu entnehmen.

Die Methoden behandelt Grawitz in übersichtlicher Weise und er erwähnt nur die wichtigsten. Der Abschnitt Leucocytose ist recht eingehend besprochen. Er unterscheidet drei Arten der Leucocystose: 1. Vermehrung der neutrophilen Leucocyten; 2. Vermehrung der Lymphocyten; 3. Vermehrung der eosinophilen Zellen. Die erste Varietät ist die häufigste und wird gefunden bei acuten Infectionskrankheiten etc. Die zweite findet sich manchmal bei schwerer Rhachitis, schwerer Anämie, Lues etc., hat aber geringe pathologische Bedeutung. Die

dritte kommt bei Asthma bronchiale vor, hie und da auch noch nach Grawitz bei chronischer Malaria.

Die Einteilungen der Anämieen in secundäre und primäre, zu welch letzterer er Chlorose, perniciöse Anämie, Leukämie und Pseudoleukämie zählt, scheint uns nichts neues, obwohl Grawitz pag. 51 sagt, dass er eine Einteilung hier versuche. Bei der Besprechung der Leukämie hebt Grawitz unter anderem den interessanten Uebergang der leukämischen in die septische Blutbeschaffenheit hervor. (Wird ein Leukämiker septisch, so verschwinden die Leukämiezellen und an ihre Stelle tritt gewöhnlich neutrophile Leucocytose.) Wenn aber Grawitz es als etwas besonders merkwürdiges darstellt, dass bei Leukämikern durch Terpentinöl hervorgerufene Abscesse nur polynucleäre oder polymorphkernige Leucocyten zeigen, so erscheint uns das nicht sonderbar, vielmehr natürlich. Wer schon Entzündungsvorgänge unter dem Microscop beobachtet hat, der weiss, dass die Eiterzellen durch minim kleine Oeffnungen der Gefässwände hindurchschlüpfen und sich dabei so in die Länge ziehen, dass die wurstförmigen Kerne ebenfalls ihrer Länge nach durchdringen. Die meist sehr grossen Kerne, z. B. der Markzellen, können enge Poren nicht passiren, um so mehr als diese Zellen kaum eine Eigenbewegung erkennen lassen. Wo aber die Gefässwände für leukämische Zellen durchlässig werden, da können auch die bedeutend kleineren roten Blutkörperchen austreten, und dann haben wir das Bild der hämorrhagischen Diathese.

Die bacteriologische Diagnostik der Infectionskrankheiten ist recht gut zusammengestellt. Es ist gewiss für den Praktiker von Interesse, dass heutzutage im Blute nicht nur tierische Parasiten, Malariaplasmodien, Recurrensspirillen, Milzbrandbacillen nachzuweisen sind, sondern dass durch Blutuntersuchungen folgende Krankheiten mit ziemlicher Sicherheit diagnosticirt werden können: Typhus abdominalus durch bacteriologische Untersuchung einiger Tropfen aspirirten Milzblutes, (und durch die Vidal'sche Serumreaction), ferner alle Fälle von Staphylomycosen und Streptococcenerkrankungen (Sepsis, Pyämie, Osteomyelitis, Erysipel, septische Endocarditis). Selbst im Blut von Panaritiumkranken kann man manchmal Staphylococcen finden. Bei Peritonitis wurde mehrfach Bacterium coli im Blute nachgewiesen, bei schwerer Cystitis Diplococcus pneumoniae (Fränkel). Auffallender Weise erwähnt Grawitz die Lepra nicht, obwohl die Bacillen stets im Blute der Knoten und in der Nähe derselben zu finden sind (ein Factum, von welchem sich Referent in neuester Zeit bei mehreren Fällen überzeugen konnte). F. Schwyzer.

Referat über Malariaparasiten mit besonderer Berücksichtigung der Arbeiten von Drs. Nicolaus Jancsó und Moritz Rosenberger, Blutuntersuchungen der im Jahre 1894 vorgekommenen Malariafälle etc., (Deutsch. Arch. f. klin. Medicin, Bd. 57, Heft 5). Ferner die Arbeiten Manaberg's. Die Malariaplasmodien, (Wien 1893) und Baccelli, Studien über Malaria (1895) etc.

Einleitung: Die Methoden, Malariaparasiten nachzuweisen, haben in den letzten 3 Jahren keine wesentlichen Fortschritte gemacht; die

vorhandenen scheinen alles wünschenswerte zu leisten. Die sämmtlichen Autoren untersuchen sowol das frische Blut auf dem erwärmten Objectträger (mit und ohne Farbzusatz), als auch fixirte Präparate. Zur Fixation wird gewöhnlich die Ehrlich'sche Trockenmethode auf dem Deckglas oder dem Objectträger (Jancso und Rosenberger) empfohlen. Referent benützt seit einigen Monaten die in Deutschland zur Anfertigung von Blutpräparaten angewendete Fixirung in Formalinalcohol (1 ccm. zu 9), und kann sie dringend empfehlen. Die nach dieser Methode gehärteten Blutpräparate können im Formalinalcohol beliebig lange aufbewahrt werden. Die Färbung geschieht ohne vorherige Trocknung in dünnem Eosinalcohol mit nachheriger Uebertragung in wässerige Methylenblaulösung. Das Trockenverfahren hat den grossen Nachtheil, einzelne rote Blutkörperchen zur Schrumpfung oder Faltenbildung zu bringen, manchmal auch werden sie rissig und geben dann Bilder, welche, wenigstens von Anfängern, leicht für Plasmodien gehalten werden können. Vor dem Einschliessen in Canadabalsam müssen die Präparate peinlich genau getrocknet oder entwässert werden, denn oft geben minim kleine Wassertröpfchen im Innern der roten Blutkörperchen Bilder, welche Ungeübten als Parasiten imponiren können.

Die Parasiten zerfallen nach den neuesten Ansichten in drei ganz verschiedene Gruppen: die Tertianaparasiten, die Quartanaparasiten und die Parasiten der malignen Malaria, die Gruppe der halbmondbildenden.

Febris intermittens tertiana. Zur Zeit des Frostes erscheinen in den roten Blutkörperchen minim kleine (c. 1 Micron) rundliche aber nicht scharf contourirte Gebilde mit lebhafter amöboider Bewegung. Innerhalb einiger Stunden häufen dieselben an ihrer Peripherie feines Pigment an, — ihr Centrum bestehend aus Nucleus und Nucleolus ist mit Methylenblau deutlich färbbar, erblasst aber später. Die befallenen roten Blutkörperchen verlieren allmälig ihre Hämoglobinfärbung und die Parasiten wachsen beständig, sodass sie nach 30—40 Stunden die Hülle des roten Blutkörperchens oft bis zur doppelten Grösse ausgedehnt haben. Während dieser Zeit bilden sich im Innern des Parasiten ovale, kleine Sporen, die aber durchaus unregelmässig angeordnet sind. In der 46.—48. Stunde platzen diese Gewebe, die Sporen werden frei, und damit setzt der Schüttelfrost ein. Die frei gewordenen, mit Geisseln versehenen Sporen heften sich an rote Blutkörperchen an und schlüpfen dann in diese hinein, worauf der ganze Process von Neuem beginnt.

Febris intermittens quartana. Die Parasiten stellen einen etwas complicirteren Typus dar und brauchen zu ihrer Entwicklung etwas länger. Auch sie bringen mit ihrer Sporulation den Fieberanfall zum Ausbruch. Die Sporen tragen Fortsätze (Geisseln) und schwimmen unter constanter Rotation umher bis sie an ein rotes Blutkörperchen anstossen, wo sie kleben bleiben (?) oder sich festhalten. Sie schlüpfen dann ebenfalls in das Blutkörperchen hinein. Sporulation und Invasion vollziehen sich innerhalb 1—6 Stunden, d. h. während Schüttelfrost und Fieberhöhe. In 10—20 Stunden wachsen sie heran und lassen Pigment erkennen, welches unbeweglich ist und bald grobkörnig wird (im Gegensatz zu dem feinkörnigen, beweglichen Pigment der Tertiana). Im

Verlauf von weiteren 20 Stunden entstehen in den Parasiten symmetrisch gestellte Sporen — Chrysanthemumformen —, und am 4. Tage, also nach dreimal 24 Stunden, werden die Sporen frei, worauf der Schüttelfrost einsetzt.

Febris intermittens quotidiana (und remittens) zeigt entweder die Parasiten der Tertiana in zwei, um 24 Stunden verschiedenen Phasen der Entwicklung, oder diejenigen der Quartana, in 3 Stunden, sodass also die quotidiana meist als tertiana duplex oder als quartana triplex aufzufassen ist. Die Tertianasporulation geht nach Jancso und Rosenberg in den Blutbahnen der Peripherie und in den centralen Organen vor sich, bei der Quartana wohl mehr im Centrum. Flagellen tragende freie Parasiten finden sich bei beiden, ihre Function ist noch unerklärt.

Die Febris quotidiana kann auch von der dritten Art von Malariaplasmodien verursacht sein, von der Halbmondgruppe, und wir wollen diese zusammen mit den malignen Malariaformen besprechen. Die Gruppe der halbmondbildenden Parasiten ist biologisch noch nicht völlig erklärt; ihre Wirkung aber ist bekannt genug. Sie führen rasch zu schwerer Anämie — sie recidiviren hartnäckig, das Chinin leistet wenig, — oft entwickeln sie sich atypisch; doch giebt es auch cyclische Formen mit 8—14 tägigem Typus (Golgi). In der Zwischenzeit aber ist der Patient nicht wol; er macht fast den Eindruck eines chronisch Vergifteten (constantes Kopfweh, schläferiges Wesen, Knochenschmerzen). Der Entwicklungsgang dieser Parasiten ist: Sporulation, Entwicklung der Halbmonde in den roten Blutkörperchen und Sporenbildung (Grassi und Peletti). Ausserdem finden sich noch viele amoeboide Formen in den roten Blutkrperchen. Limbeck berichtet über einen Fall von typischer Tertiana mit Halbmonden, doch konnte sein Fall nicht genügend beobachtet werden. Ob man berechtigt ist einen vierten Typus, die eigentlichen Quotidianaparasiten (Marchiafava und Celli) anzunehmen, mit blos 24stündigem Entwicklungsgang, scheint mir sehr fraglich; Limbeck anerkennt ihn, während Jancso und Rosenberger neben den kleinen Formen Marchiafava's noch Halbmonde gesehen haben, wie auch Manaberg.

Die Wirkung des Chinins auf die Sporen ist eine enorme, sodass die junge Brut der Tertianaparasiten oft durch eine einzige grosse Dosis zerstört wird. Die anderen Formen werden zwar in ihren Bewegungen träger und sicherlich in ihrer Vitalität beeinträchtigt, aber wahrscheinlich nur dann zerstört, wenn das Chinin tagelang und in grossen Dosen genommen wird. Auf die Halbmondgruppe scheint das Chinin nur sehr geringen Einfluss zu haben. Der grosse Wert der Blutuntersuchung lässst sich aus dem Vorigen schliessen. Nicht nur können wir alle Formen der Malaria sofort erkennen, sondern wir sind auch im Stande aus dem Reifungszustand der Parasiten den kommenden Fieberparoxysmus fast auf die Stunde vorauszusagen, und entsprechend die Chinintherapie zu reguliren.

Zum Schluss ein paar Bemerkungen über die Malariaparasiten in New York. Bei weitem die häufigsten sind die typischen Tertianaformen, doch sind die Quartanparasiten nicht selten. Die Organismen der Halbmondgruppe sind zum Glück recht selten.

Ich fand solche unter anderem bei einem 1½-jährigen Kinde mit atypischem nicht sehr hohem Fieber, und der exitus lethalis liess nicht lange auf sich warten. Neulich konnte ich sie bei einem Patienten des Deutschen Hospitales nachweisen, welcher wegen eines nicht heilenden Hautgeschwüres in Behandlung gekommen war. Die Wunde blieb offen und der Patient wurde mehr und mehr cachectisch und ist heute in Agone. (Starb am 15. Jan. '97.) F. Schwyzer.

A Bacteriological and Anatomical Study of the Summer Diarrhoeas of Infants. By William D. Booker, M. D., Clinical Professor of Diseases of Children, Johns Hopkins University, Baltimore. Reprinted from Johns Hopkins Hospital Reports, vol. VI., 1896.

Diese Studie schliesst sich der ersten Arbeit des Verfassers aus dem Jahr 1890 (Archives of Pediatrics, Feb.) über denselben Gegenstand an, nur ist diese Veröffentlichung in so fern werthvoller, dass Verfasser den Versuch gemacht hat, die Bacterien, welche er im Darm von 92 an Sommerdiarrhoe erkrankten, und in den Organen von 33 daran gestorbenen Kindern, fand, in eine Causalverbindung mit den bei den Autopsien gefundenen Läsionen zu bringen.

Die Culturen aus dem Darminhalt der lebenden Kinder wurden durch in das Rectum eingeführte sterile Glasröhren gewonnen. Die Autopsien wurden meistens innerhalb weniger Stunden nach dem Tode gemacht.

Die 92 erkrankten Kinder wurden in Gruppen getheilt, und zwar nicht nach den klinischen Erscheinungen, sondern nach den Arten der bei ihnen vorwiegend gefundenen Bacterien.

Die erste Gruppe umfasst 35 Fälle, in welchen der Proteus vulgaris numerisch hervorragt. Diese Fälle zeichneten sich durch Schwere und lange Dauer aus. Die Patienten waren abgemagert und boten toxische Erscheinungen dar. Die Stühle sind hier wässerig, gelb, weisslich-gelb oder grün, mit fauligem Geruch, enthalten selten nennenswerthe Schleimmengen. Enorme Mengen von Bacterien, und zwar Bacillen finden sich in den Faeces. Streptococcen sind stets, aber nur in kleiner Anzahl, vorhanden.

In der zweiten Gruppe (27 Fälle) scheinen Micrococcen von Wichtigkeit zu sein. Schwere Erkrankung und allgemeine Toxämie sind markirt. 3—20 oder mehr Stühle in 24 Stunden, oft grün und schleimig. Geruch theils penetrant, theils abwesend. Streptococcen überwiegen in hervorragender Weise, gelegentlich findet man die Coccen in Klümpchen, statt in Ketten.

In der dritten Gruppe von 6 Fällen finden sich mehr inconstante Bacterienarten als von Wichtigkeit. Schweres Allgemeinleiden, variable Stuhlhäufigkeit, fauliger Geruch, und ausser den Bacillen x, a, y u. d, findet sich in allen Fällen das Bacterium coli commune sehr häufig.

In der vierten Gruppe von 24 Fällen finden sich der Bacillus coli commune und der Bacillus lactis aerogenes in grösseren Mengen vor, während andere Arten nur in kleinen Zahlen repräsentirt sind. Diese Fälle sind leicht, von kurzer Dauer und zeigen keine Allgemeinintoxication. Die Zahl der Stühle und ihre Konsistenz sind sehr verschieden.

Von den 33 Autopsien wurden 19 innerhalb einer, 6 innerhalb dreier, und nur eine 14 Stunden nach dem Tode ausgeführt. Sechs der Fälle waren acut, die übrigen chronisch. Die 6 acuten Fälle zeigten hohes Fieber, grosse nervöse Störung, und häufiges Erbrechen und Abweichen. Die Stühle bestanden fast nur aus Bacterien und wässerigem Schleim. Ausser im Darm fanden sich die betreffenden Bacillen (coli commune und lactis aerogenes) in Milz, Nieren, Lunge, im Herzblut und in der Gallenblase. Histologisch fand sich im Magen und Dünndarm das oberflächliche Epithel meist zerstört; Mucosa und Submucosa infiltrirt. Im Ileum zeigen sich die Follikel als necrotische Punkte. Im Colon ist das Epithel zerstört, in der Mucosa viele polynucleare Leucocyten, viele Bacillen und wenige Coccen. In allen Fällen fanden sich Bronchopneumonien, Blutungen in der Milz, Necrosen des Nierenepithels, und Leberentartung.

In den ersten 3 Fällen, mit wässrigen, massigen Stühlen, fanden sich vorwiegend Bacillen, und anatomisch makroskopisch nicht sichtbare Veränderungen im Verdauungskanal. Diese Fälle entsprechen mehr dem Choleratypus. Die Degenerationsvorgänge in den übrigen Organen waren mehr markirt. — In den 3 letzten der 6 acuten Fälle, in welchen viel mehr Streptococcen als Bacillen gefunden wurden, sind die Veränderungen im Darm sehr markirt. Es findet sich, im Ileum und Colon, extensive Ulceration der Mucosa, blos oberflächlich im oberen Darm, aber im unteren Ileum und Colon oft bis auf die Muscularis reichend. Die übrigen inneren Organe sind wie oben afficirt, aber weniger deutlich.

Von den chronischen Fällen umfasst die erste Serie 14 Fälle von Gastro-Enteritis mit ausgedehnter Ulceration und grossen Mengen von Bacterien im Darm. Hier waren die Patienten (im Alter von 2—17 Monaten) hochgradig durch wochenlange Krankheitsdauer abgemagert und hatten schleimig-grüne Stühle, welche viele Leucocyten und Unmengen von Streptococcen und gelegentlich mehr Bacillen enthielten. Die Ulceration in diesen Fällen ist so intensiv, dass sie dem blossen Auge sichtbar wird. Sie beginnt meist in dem unteren Abschnitt des Ileum, um allmählig bis zum Rectum an Intensität zuzunehmen. Gelegentlich ist das Ileum mehr afficirt als das Colon. Die meisten Bacterien finden sich in diesen ulcerirten Stellen. Die Mucosa und die Submucosa sind von eingewanderten Bacterien durchsetzt. Gelegentlich besteht die Schleimhaut neben einem tiefen Geschwür nur aus nectrotischen und polynucleären Zellen unterminirt von angesammelten Bacterienhaufen. Kleine Abscesse in der Mucosa sind nicht selten. Die Follikel sind stark vergrössert und die lymphoiden Zellen haben das benachbarte Gewebe „überschwemmt."

Die übrigen inneren Organe erscheinen makroskopisch meist normal. Die Mesenterialdrüsen sind z. B. vergrössert, in anderen Fällen nicht. Mikroskopische Veränderungen finden sich aber in allen Organen. In 9 aus 12 Fällen fand sich Bronchopneumonie. In 2 Fällen ausgedehnte alveoläre Blutung; ein Mal Atelectase. In 10 aus 12 Fällen finden sich Blutungen in der Milz. In 6 Fällen Necrose in den Lymphknoten. In 8 aus 10 Fällen fettige Entartung der Leber. In 2 Fällen Zellennekrose in der Mitte der Läppchen, und in allen Fällen capilläre Erweiterung.

In den Nieren finden sich in 1 Fall intracapsuläre Entzündung, 7 Mal hyaline Tubencylinder und in 10 Nekrose des Tubenepithels. Nur in 1 Fall erschienen die Nieren normal.

In der nächsten Serie von 4 Fällen finden sich ausgedehnte Ulcerationen und Bacterien im Darmkanal und in den inneren Organen, aber keine Microorganismen in der Darmwand. Die Stühle sind hier häufig, schleimig und blutig, und enthalten Leucocyten, Coccen und Bacillen. Die Veränderungen in den inneren Organen sind ähnlich den in der vorherbesprochenen Serie von Fällen.

In der nächsten Reihe von 8 Fällen finden sich geringere anatomische Veränderungen in Magen und Darm. Was gefunden wird ist nur oberflächlich und erscheint kaum genügend um die Schwere der Verdauungsstörung und den Tod zu erklären. Diese Kinder waren meist sehr jung, klein und schlecht entwickelt. Allerdings fehlten auch hier schwere Veränderungen in Lunge, Leber, Milz und Nieren nicht.

Zwei weitere Fälle, von welchen einer meist nekrotische Veränderungen, und der andere grössere Substanzverluste der oberen Schleimhautschichte aufweist, werden beschrieben. Alle Fälle sind einzeln genau und doch präcis beschrieben, und lohnt sich das Durchlesen jeder Krankengeschichte. Eine Schleimhautnekrose ohne Bacterienfund in der Mucosa, wie sie Heubner in einem typischen Fall von Cholera infantum beschrieben hat (wahrscheinlich durch Toxinwirkung bedingt), kam Booker nicht zu Gesicht.

Aus dem Resumé des Autors mögen folgende Sätze hier Platz finden:

1. Die Bedingungen zur Bacterienentwicklung im Verdauungskanal von an Sommerdiarrhoe leidenden Kindern ist ungleich günstiger als bei gesunden.

2. Kein einzelnes Bacterium ist der specifische Erreger der Gastro-Enteritis, sondern die Erkrankung entsteht als Resultat der Thätigkeit verschiedener Arten, von welchen Streptococcen und Proteus vulgaris am häufigsten vorkommen.

3. Das Darmepithel ist der Hauptschutz gegen Bacterieninvasion.

4. Die pathologischen Darmveränderungen zeigen, dass dieselben z. T. durch directe Wirkung der Bacterien selbst, und z. T. durch die Wirkung von löslichen Giften entstehen.

5. Entwickelt sich aus dem Brechdurchfall eine Gastro-Enteritis, so haben wir es nicht mehr mit einer Magendarmaffection allein, sondern mit einer Systeminfection schwerer Art zu thun.

Zum Schluss theilt Booker die Fälle in folgende 3 Arten:

1.) Dyspeptische Form, charakterisirt durch klumpige, saure Stühle, welche keine Epithelien und keine Leucocyten enthalten, und von Bacterien meistens Bacterium coli commune und lactis aerogenes. Leichteste Form.

2.) Streptococcen Gastro-Enteritis, mit Systeminfection, ausgedehnter Ulceration des Darmes von eitrigem Charakter, häufige, schleimige Stühle mit vielen Leucocyten, und von Bacterien vorwiegend Kettencoccen. Letztere repräsentiren wahrscheinlich verschiedene Arten.

3.) Bacilläre Gastro-Enteritis, characterisirt durch allgemeine Toxämie, weniger Entzündung und Ulceration im Darm, häufige wässerige Stühle, mit weniger Leucocyten und vorwiegend mit Bacillen.

Von letzteren sind meist mehrere Arten zusammen, mit wenigen Streptococcen.

Anschauliche Illustrationen erläutern die wichtigsten bacteriologischen und histologischen Befunde der Arbeit, welche sich den bahnbrechenden Untersuchungen Escherich's in würdiger Weise anreiht, und wohl zu dem Besten gezählt werden muss, was hier zu Lande je auf dem Gebiete der Kinderheilkunde, wie auf dem der modernen forschenden Pathologie geleistet worden ist. Wir können daher das Studium derselben namentlich den Collegen bestens empfehlen, welche immer noch Kinderdiarrhoe mit Bismuth, Opium und Kreidemixturen behandeln, und deren aetiologische Prophylaxe par excellence durch die wollene Leibbinde des Säuglings repräsentirt wird.

A. Seibert.

Gedächtnissrede auf Carl Heitzmann,

gehalten am 4. Januar 1897 vor der Deutschen Medicinischen Gesellschaft von New York, von Dr. Leonard Weber.

Verehrte Freunde und Collegen!

In der letzten Sitzung des Verwaltungsraths, am 30. Dec., ist mir der willkommene Auftrag geworden, heute Abend unseres Freundes zu gedenken, der am 6. Dec. 1896 dahingegangen ist. Es entspricht dieser Auftrag ganz meinem eigenen Wunsche und gerne erfülle ich die mir auferlegte Pflicht.

Nicht unerwartet, und doch plötzlich hat der Tod

CARL HEITZMANN

aus unserer Mitte gerissen, ihn, den Neubegründer dieses Vereins. Wäre diese That die einzige nennenswerthe seines Lebens gewesen, so hätten die deutschen Aerzte New Yorks Grund genug, sein Andenken zu ehren und ihm für immer dankbar zu sein.

Viele von Ihnen werden mit mir darin übereinstimmen, dass der College, welcher den Versuch der Neu-Begründung der Deutschen Medicinischen Gesellschaft machen und erfolgreich zu Ende führen wollte, von der Natur mit frischem Muth, mit Enthusiasmus, mit Geduld und Gutmüthigkeit in seltener Weise ausgestattet sein musste. Carl Heitzmann hatte diese Eigenschaften im vollen Masse, als er im Jahre 1884 an diese schwierige Aufgabe herantrat, und hatte noch dazu den unverwüstlichen Humor, welcher ihn die eingelaufenen Briefe der Absage und andere Briefe des bedenklichen Zweifels nicht einfach in den Papierkorb werfen liess, sondern ihn veranlasste, die Autoren jener Briefe ohne Verzug mit erneuter Zu-

schrift für seinen Plan zu gewinnen. Es will nicht viel heissen, meine Herren, wenn Einer sagt „nun das Ding lag eben damals in der Luft; es brauchte nur einer das Wort zu sprechen und die Collegen waren bereit, in hellen Haufen herbeizuströmen." Das ist nicht richtig. So mancher hat wohl früher als Carl Heitzmann ein Wort der Ermahnung gesprochen, oder einen Plan zur Förderung des Vereins mit sich herumgetragen, aber dem Worte folgte keine That, und die Gesellschaft verblieb in unentwickeltem Zustande.

Wie im Leben der Völker, so in dem der Vereine sind es die Tüchtigen, die Verständigen, die Muthigen, die Schaffensfreudigen, welche, die richtige Zeit erfassend, die Gedanken der Masse in Fluss und ihre Wünsche nach Einigung zur Verwirklichung bringen. Heitzmann war der Mann, welcher, wissend, dass die Elemente zur rüstigen, gemeinsamen Arbeit reichlich vorhanden waren, nicht müde wurde zu rufen: Kommt, kommt Alle, ihr müsst kommen! Und sie kamen, Manche rasch, Viele zögernd, und der Barbarossa-Traum der Neu-Begründung der Gesellschaft wurde eine lebendige Wirklichkeit. Der Verein gedieh, wuchs rascher und rascher, und sein Schöpfer hatte noch die Freude und die Genugthuung, denselben fest begründet und in Blüthe zu sehen und stolz auf die wissenschaftlichen Leistungen desselben sehen zu können.

Wohl wurde ich mit Carl Heitzmann bald nach seiner Ankunft hier bekannt, jedoch bin ich ihm erst im Jahre 1884—'85 näher getreten, als er mit dem ganzen Enthusiasmus der Jugend und der Zähigkeit des gereiften Mannes neues Leben in den Verein brachte. In jenen Tagen forderte er mich zum Beitritt zum Verein und zugleich zur Abhaltung eines Vortrags vor der Gesellschaft auf, deren Mitgliederzahl damals noch zum grössten Theil eben auf dem Papier stand. „Können Sie mir denn auch Zuhörer verschaffen, wenn ich vor Ihrer Gesellschaft vortrage", fragte ich ihn, „was haben Sie überhaupt für Hoffnungen und für Versprechen bei der Arbeit, die Sie sich vorgesetzt?" „Ja schauen Sie", sagte er, „hoffen thue ich wenig, aber ich bombardire halt die Collegen mit Briefen immer weiter, bis sie kommen." Wie stimmt dieser Satz so gut mit dem praktischen Spruch von Carl Zettel überein:

Vom Hoffen wird der Mensch genarrt,
Bis man den Thoren eingescharrt;
D'rum hoffe wenig, schaffe viel,
Dies bringt Dich glücklicher an's Ziel.

In einer Sitzung der Medicinischen Gesellschaft, gehalten im Winter 1884, in einem Nebenzimmer des Speisesaals des Belvedere Hotels, fanden sich wirklich ungefähr ein Dutzend der Collegen zusammen, die mir zuhörten, ja, es fand sogar am Schluss meines Vortrags über Arthritis deformans eine lebhafte Debatte statt. In den darauf folgenden Monaten kamen wir in dem Lokal von Sieghörtner in Lafayette Place zusammen, da waren schon gegen 40 Collegen anwesend, und bald wurde es mir nicht schwer, den Mitgliedern klar zu machen, dass der Verein wohl nicht gut in einem Wirthshause gedeihen könne, und mein Vorschlag, im Gebäude der New York Academy of Medicine Quartier zu suchen, wurde allgemein angenommen. Es wurde derselbe ohne grosse Mühe durchgeführt; hier sind wir, hier haben wir prosperirt, sind in die Hunderte gewachsen, und hier fühlen wir uns zu Hause.

Bezüglich der Lebens-Schicksale Carl Heitzmann's entnehmen wir dem ausführlich und vorzüglich geschriebenen Nekrolog, welchen Dr. Beuermann in der „New Yorker Staats-Zeitung" vom 12ten Dec. veröffentlicht hat, Folgendes:

Carl Heitzmann, der älteste Sohn des österreichischen Militär-Arztes, Martin Heitzmann, wurde am 2ten Oktober, 1836, in Ungarn geboren. Schon in früher Jugend verrieth er bedeutende Begabung im Zeichnen und Malen; doch bildete er sich nicht darin allein aus, sondern studirte auch Medicin und promovirte als Arzt im Jahre 1859 in Wien. Unmittelbar darauf fungirte er als Assistent auf der chirurgischen Abtheilung des Prof. Schuh im Allgemeinen Krankenhause. Für normale und pathologische Anatomie und die Krankheiten der Haut interessirte er sich besonders, wobei ihm sein seltenes Zeichnen-Talent ausserordentlich zu Statten kam. Hebra's grosser Atlas der Hautkrankheiten, von Dr. Eltinger eben begonnen, wurde von Heitzmann fortgesetzt und vollendet, und noch heute werden die grossen Tafeln desselben zu Unterrichtszwecken auf der Wiener Hochschule verwendet.

Um den vielseitigen Aufträgen nach dieser Richtung gerecht zu werden, eröffnete Heitzmann ein lithographisches Atelier, in dem eine Zeitlang 15—20 Lithographen von ihm beschäftigt wurden. Im Jahre 1869 erhielt Heitzmann von der Braumüller'schen Buchhandlung den Auftrag zu Hirtl's Descriptiver Anatomie den Atlas zu liefern. Schon 1874 war das umfangreiche 700 Bilder enthaltende Werk fertiggestellt und

bald allgemein als mustergültig anerkannt. Wohl jeder Mediciner, der es zu Hand bekommen, hat an den klaren, künstlerisch vollendeten Zeichnungen seine Freude gehabt und dieselben als Führer in dem trockenen Studium der Anatomie schätzen gelernt. Von der deutschen Ausgabe sind mit der 8ten Auflage bis heute 50,000 Exemplare abgesetzt worden.

Nun wurde bald das Studium der normalen und pathologischen Histologie Heitzmann's Hauptbeschäftigung. Er arbeitete fleissig in Prof. Stricker's Laboratorium, etablirte sich als Privat-Docent für pathologische Anatomie und trat mit dem ihm eigenthümlichen Eifer und Enthusiasmus an die Lösung von schwierigen Fragen heran, die vielen ausgezeichneten Forschern Kopfzerbrechen gemacht haben und noch lange machen werden. Die Structur des „Proto-Plasma" war seine erste bedeutende Arbeit in dieser Richtung, welche er der k. k. Academie der Wissenschaften vorlegte. Heitzmann suchte darin nachzuweisen, dass das Zellen-Proto-Plasma aus lebender Materie und Grundsubstanz bestehe und eine ihm eigenthümliche, netzförmige Structur habe. Leider ging er dabei mit seinen Angriffen gegen die herrschenden Lehren vom Zellenbau und der Zellular-Pathologie etwas zu aggressiv vor, so dass seine Arbeit durchaus nicht die Beachtung fand, die sie wohl verdient hätte. Im Laufe seiner Lehr- und praktischen Thätigkeit hierzulande erweiterte er seine Anschauungen in Bezug auf die Natur und Eigenschaft der lebenden Materie, und suchte dieselbe auch für die praktische Medicin zu verwerthen.

Er sagt, die gute Constitution des Menschen ist gekennzeichnet durch grobkörnige, markante Structur der lebenden Materie in Proto-Plasma-Klümpchen, resp. in der Zelle, und deutlichem Kern; bei mittelmässiger Constitution ist das Netz der lebenden Materie blass, aber noch deutlich zu sehen, der Kern ist noch homogen; bei schlechter Constitution ist die Structur kaum noch zu erkennen und eine Vermehrung der Kerne zu beobachten.

In seinem Werke, betitelt: "Microscopic Morphology of the Animal Body in Health and Disease," New York, 1883, von ihm selbst herausgegeben, sind seine Ansichten und die Arbeiten, auf welchen dieselben basirt sind, niedergelegt. Es ist sehr der Mühe werth, das Buch zu studiren und mit dem Gedankengang des Verfassers bekannt zu werden.

In seinen Erwartungen an der Wiener Universität getäuscht, entschloss sich Heitzmann auszuwandern und kam im Oktober, 1874 nach New York. Bald darauf eröffnete er sein Laboratorium, in welchem er eine Reihe von Jahren hindurch mit grossem Erfolg Lehr-Kurse gab und sich der Gunst und Zuneigung vieler Schüler erfreute. Daneben praktizirte er als Specialist für Haut-Krankheiten.

Der Ehe, welche Heitzmann im Jahre 1860 eingegangen hatte, entsprossen fünf Kinder, von denen zwei in Europa starben. Das Leben im Kreise seiner Familie hier war ein glückliches und die Beziehungen der Familien-Mitglieder untereinander und zu den Freunden, welche im Hause verkehrten, herzlich und stets freundlich. Der festesten Bande eines, welches Alle aneinander knüpfte, war die Pflege der Musik in der ächten, vollen Bedeutung des Wortes. Heitzmann, selbst ein tüchtiger Violin-Spieler, lud manche Collegen zu sich in's Haus, um den Trios und Quartetten zuzuhören, welche dort gespielt wurden. Ich war mehrmals dort und bemerkte alsbald, dass seine jüngste Tochter, Caroline, ausserordentlich musikalisch begabt, so eigentlich die Seele des Ganzen war, dass der Vater sie innig liebte und das Grösste von ihrer Ausbildung erhoffte, dass Alles was da von Musik getrieben wurde, für sie und durch sie gemacht wurde.

Da, im März 1884, traf ihn ein furchtbarer Schlag. Das 16 Jahre alte Mädchen wird von einer Pneumonie dahingerafft. Die Seiten sind zersprungen, das Klavier ist verstummt, und unser armer Freund ist gebrochen. Kunst und Wissenschaft mögen weiter schreiten, Heitzmann ist nicht mehr dabei, er kann nicht mehr. Meines Wissens hat Heitzmann seit dem Todestage seiner Tochter nie wieder ein musikalisches Instrument berührt, noch ein Concert besucht; ein Glück für ihn und unseren Verein, dass er sich noch einmal zusammennahm und in dem segensreichen Werke der Neu-Begründung desselben ein theilweises Heilmittel für das grosse seelische Leid gefunden, das der Tod des geliebten Kindes ihm angethan.

Als ich vor Jahren zuerst in Heitzmann's anatomischem Atlas blätterte, sagte ich mir: „Der Mann der diese Zeichnungen gemacht, ist mehr als ein correcter Zeichner, er ist ein Künstler." Als ich ihn näher kennen lernte, wurde diese Auffassung mir zur Gewissheit. Heitzmann war eine durchaus künstlerische Natur, mit allen Lichtseiten in der Richtung der Kunst, mit den Schattenseiten einer solchen Natur in der

Richtung der Forschung. In solchen Menschen überwiegt das subjective Ich bei der Beschäftigung mit wissenschaftlichen Arbeiten; das geistige Auge schaut den erhofften Fund schon fertig und glaubt daran, bevor der nüchterne Verstand reiflich erwogen, sorgsam geprüft und das Neugefundene den Zeitgenossen zur Nachprüfung und eventuellen Signatur unterbreitet hat.

Wären dem Künstler Heitzmann bei seiner eminenten Begabung und raschen Erfassung der Dinge noch die kalte Nüchternheit und Selbstbeherrschung des Forschers beschieden gewesen, so dürften die Götter selbst seinen Ruhm ihn neiden.

Für uns, für unseren Verein hat Heitzmann eine Liebesarbeit gethan, welche wir sowohl als die, die nach uns kommen, immer anerkennen und im Gedächtniss bewahren werden. Und so bezeugen wir, die Mitglieder der Deutschen Medicinischen Gesellschaft, heute hier versammelt, dass uns der Tod unseres theuren Mitgliedes, Carl Heitzmann, mit tiefer Trauer erfüllt, dass wir in ihm den Neu-Begründer des Vereins, den treuen Freund und tüchtigen Gesinnungs-Genossen verloren haben, und dass wir das Andenken unseres tapferen Vorkämpfers alle Zeit treu in Ehren halten werden.

Emil du Bois-Reymond.

Nunmehr ist auch der letzte des grossen Viergestirns erloschen! Der Kabel brachte uns die nicht unerwartete Trauer-Botschaft, dass am 26. des verflossenen Dezember der grosse Denker und Physiologe,

EMIL DU BOIS-REYMOND,

aus dem Leben geschieden ist.

Die grossen Schüler eines Johannes Müller, die Schöpfer und Träger einer classischen naturwissenschaftlichen Epoche, sie sind jetzt alle dahin. Erst ging Ernst Brücke, dann Helmholtz, dann Karl Ludwig, und nun ist auch der letzte dieser Geisteshelden, ist auch du Bois-Reymond von uns gegangen.

In den 40iger Jahren, in der Zeit der Gährung und der geistigen Selbstbefreiung, da kämpften diese Riesengeister, jeder in seiner Weise, gegen das Mystische der damaligen Naturphilosophie, bekämpften mit durchschlagendem Erfolge das Gespenst einer Lebenskraft.

Wie gross oder wie klein jede Thatsache war, die beim Suchen in der Natur gefunden wurde, sie wurde nicht für sich allein betrachtet, sondern stets mit seinem grossen, idealen Hintergrunde in Verbindung gebracht, dessen Grundtöne die Begriffsklarheit und die Einheit der Naturerkenntniss waren.

Und wie eine Welle breitete sich von Deutschland aus diese ideale Stimmung, diese erhabene Auffassung von der Naturwissenschaft über die ganze civilisirte Welt. Alles beugte sich vor der Naturwissenschaft, jeder staunte Helmholtz an, bewunderte du Bois-Reymond's Geistesstärke und von allen Welttheilen pilgerten Jünger der biologischen Wissenschaft zu Ludwig hin.

Nun sind diese Geistesgrössen nicht mehr hier und auch die classische Epoche der Naturwissenschaft ist dahin. Im Mittelpunkt der Bewunderung steht jetzt die rohe Körperkraft und das Mystische, Nebelhafte, die steten Gesellen der rohen Körperkraft, erheben wiederum ihr Haupt, gucken aus allen Ecken und Enden: in der Naturwissenschaft, in der Kunst und im Leben! Helmholtz hat die Angriffe auf die Einheit der Naturkräfte nicht mehr erlebt. Du Bois-Reymond jedoch, der klarsten Köpfe einer, musste es noch erleben, dass in allen Winkeln der Physiologie, mit und ohne Vorbehalt, von „vitalen" Kräften, von einem Neo-Vitalismus geredet wird.

Du Bois-Reymond war am 7. November, 1818, in Berlin geboren, besuchte daselbst das College Français, trat mit 18 Jahren in die Berliner Universität, wo er in der philosophischen Facultät inscribirt war. Durch M i t s c h e r l i c h wurde er zunächst zu den Naturwissenschaften hingezogen; später trat er, als Schüler J o h a n n e s M ü l l e r's, ganz zur Physiologie über. Bald wurde er auch Assistent von Müller, und als dieser starb, wurde du Bois-Reymond, 1858, ordentlicher Professor der Physiologie in Berlin, eine Professur, die du B-R. bis an sein Lebensende bekleidet hat. Im Jahre 1851 wurde du B-R. in die Berliner Akademie der Wissenschaft gewählt, und seit 1867 war er deren ständiger Secretär für die mathematisch-physikalische Classe. Von 1859 bis 1879 gab er, gemeinschaftlich mit R e i c h e r t, das (Müller'sche) Archiv für Anatomie und Physiologie heraus; 1877 wurde das Archiv in eine anatomische und eine physiologische Abtheilung geschieden und du Bois-Reymond wurde nunmehr der alleinige Herausgeber des Archiv für Physiologie.

Du Bois-Reymond's wissenschaftliche Grossthat war bekanntlich die Schöpfung und Vollendung der Wissenschaft von der thierischen Elektricität. Der erste Anstoss zur Beschäftigung mit diesem Problem wurde ihm von Johannes Müller gegeben. 1842 erschien die erste Arbeit, betitelt: „Ueber den sogenannten Froschstrom und die elektromotorischen Fische" (Poggendorff's Annalen, 58. Band). Von da ab arbeitete du Bois-Reymond an diesem Problem mit einem Aufwand von beispielloser Energie und Geistesschärfe, bis er die Schöpfung einer neuen Wissenschaft vollendet hatte, die ein Muster an Methode, an Gründlichkeit und Präcision geworden ist.

Wohl durfte du Bois-Reymond die Forderung aufstellen: die Physiologie muss Physik und Chemie werden; er hat, was seinen Theil der Physiologie betrifft, diese Forderung erfüllt, er hat eine Nerven- und Muskelphysik geschaffen! — 1848 erschien der erste Band, 1849 der erste Theil und 1860 der zweite Theil des zweiten Bandes der Untersuchungen über thierische Elektricität. Das meisterhaft geschriebene Buch bedeutete ein epochemachendes Ereigniss in der Wissenschaft.

Aus den Schriften der späteren Zeit sind namentlich seine grossen Reden hervorzuheben; jede Rede war vollendet in Form und Sprache, jede behandelte eine grosse Frage im grossen Style und bedeutete stets ein wissenschaftliches und literarisches Ereigniss.

Du Bois Reymond's grösster Geisteszug war die unübertreffliche Gründlichkeit und Präcision. Ein von ihm einmal erfasstes Problem musste mit der grössten Schärfe und Genauigkeit in allen seinen Details ausgearbeitet und mathematisch sicher begründet werden. Wohl ging ihm die geniale, intuitive Kraft ab, wie sie einem Helmholtz zu eigen war; das Bedürfniss nach methodischem Scrutiniren aller Details ist ein Hinderniss für die geniale Intuition. Er hat sich auch nicht mit einer grossen Fülle von Problemen befasst, wie es Meister Karl Ludwig gethan hat, der jedem Schüler eine Aufgabe in die Hand drückte, ihm den Weg zur Lösung zeigte und ihm dann das Problem zur Weiterbearbeitung überliess. Du Bois-Reymond wusste selber alle Details eines von ihm angefassten Problems. Er hat darum keine Schule gebildet, obschon er genügend Schüler hatte. Sie fanden keine Lücke zur weiteren Bearbeitung an einem Problem, das ihr Meister in den Händen hatte.

S. J. Meltzer.

Therapeutische Notizen.

Behandlung der starken Blutverlusten folgenden Zufälle. Mögen plötzlich eintretende heftige Blutungen von einem Magengeschwür, einer Gebärmutter- oder Mastdarmaffection herrühren, so ist stets äusserste Entkräftung mit all' ihren Erscheinungen die Folge und führt oft Mangels schnellen Eingreifens zum Tode. Die subcutanen Salzwasserinjectionen erfordern wegen ihrer relativen Umständlichkeit viel Zeitverlust und Mitou empfiehlt daher Salzwassereinläufe, welche mit irgend einer Spritze leicht von Jedermann zu machen sind; sie dürfen selbst während der Ohnmachtsanfälle gegeben werden, sowie nur die Blutung etwas nachlässt. Die Methode, welche sich ihm in 5 Fällen (3 Magengeschwüre, 1 Gebärmutter, 1 Haemorrhoidalblutung) bewährte, besteht darin, 1. einen Heisswassereinlauf einige Minuten vor dem medicamentösen zwecks Entleerung zu geben, 2. letzterer enthalte ein Glas bis 1 Liter heissen Wassers mit einem halben bis einem ganzen Kaffeelöffel voll Salz; diese Einläufe müssen eine halbe Stunde behalten werden und sind am ersten Tage stündlich oder sogar halbstündlich in schweren Fällen zu wiederholen, am zweiten Tage alle zwei Stunden und am dritten Tage alle 6 Stunden. Die Salzwassereinläufe sind mit Nährklysmen (2 pro Tag) abzuwechseln, welche aus entfetteter heisser Milch (1—2 Gläser), einem halben Kaffeelöffel Meersalz und einem Eigelb bestehen. Noch besser verwendet man statt der Milch entfettete Fleischsuppe, welche besser vertragen wird und nahrhafter zu sein scheint. La Médecine Moderne No. 95, 1896.

Dr. W. Ottinger in Exbrücke macht in der Münch. med. Woch. (1896 p. 1209) auf eine Behandlung der Insektenstiche aufmerksam, welche sich gewiss mancher amerikan. Arzt gern für den nächsten Sommer notirt. Ott. möchte, dass das so allgemein gebrauchte Salmiakfläschchen den Ichthyolpräparaten Platz mache, die er praktisch in zahlreichen Fällen mit ausgezeichnetem Erfolg anwandte und deren vortreffliche Wirkung er theoretisch der gefässverengenden und entzündungshemmenden Eigenschaft des Ichthyols zuschreibt.

Die Anwendungsweise ist sehr einfach: Am schnellsten und sichersten wirkt das Ichthyol, pur, mit einem Pinsel in etwa millimeterdicker Schicht aufgetragen. Doch lässt es sich auch in Salbenform anwenden, mit Vaselin oder Lanolin zu gleichen Theilen. Die bequemste Application jedoch gestattet das Ichthyol in Pflasterform; zu empfehlen ist der 10 proc. Ichthyol-Guttaperchapflastermull, welcher von Beiersdorf & Co. in Hamburg hergestellt wird. Die Wirkung des Pflasters ist ebenso zuverlässig, wenigstens bei geringen Entzündungserscheinungen und bei unmittelbarer Application nach dem Stich. Und das ist leicht gemacht. Jeder kann beständig einen Streifen Ichthyolpflaster in der Tasche tragen, was jedenfalls bequemer ist, als ein Salmiakfläschchen, dessen unzuverlässiger Inhalt gewöhnlich auch noch verduftet ist, wenn man ihn gerade braucht. Die Anwendung des reinen Ichthyols oder der Ichthyolsalbe dürfte sich auf die Fälle mit stärkeren und ausgebreiteten entzündlichen Erschei-

nungen beschränken lassen. In dieser Hinsicht konnte ich allerdings noch keine Erfahrungen sammeln, doch glaube ich, dass auch in ernsteren Fällen, wo z. B. ein ganzer Arm hochgradig geschwollen und schmerzhaft ist, das Ichthyol seine vortreffliche Wirkung entfalten wird. Da wird es zu empfehlen sein, in der erwähnten Art den ganzen Arm mit reinem Ichthyol einzupinseln, in Guttapercha zu hüllen und bei verticaler Suspension in Eis einzupacken. Daneben wäre es vielleicht von Vortheil, Ichthyol innerlich zu geben: 10 Tropfen, und mehr, einer Mischung von Ammon. sulfoichthyol. und Spirit. aeth. aa 10. 0. (Der Spirit. aeth. erfüllt dabei den doppelten Beruf eines Corrigens und Excitans.)

Bei einem sehr schweren Fall von Morbus Basedowii sah Silex nach vergeblicher Behandlung mit Arsen fast völlige Heilung durch hohe Dosen deutscher Thyreoidintabletten (tgl. 6 St.) Senator und Ewald sahen von den englischen Tabletten bei M. B. nie Erfolg. (Beil. der Deutsch. med. Woch., p. 39.)

Kleine Mittheilungen.

Die nächste wissenschaftliche Sitzung der Aerzte des deutschen Hospitals und Dispensary findet Freitag, den 26. Februar in Muschenheim's Arena, diejenige der Aerzte des St. Mark's Hospitals und der deutschen Poliklinik fand Freitag, den 15. Januar in 80 7th Str statt.

Dr. J. W. Gleitsmann wurde in der Dezembersitzung zum Chairman der Laryngological Section of the N. Y. Academy of Medicine gewählt.

Dr. Andrew von Grimm wurde in der Januar-Sitzung des Board of Managers des St. Mark's Hospitals zum Attending Physician dieses Hospitals ernannt.

Der Vortrag „Kleinere Beiträge zur Aetiologie der Lungentuberkulose", welchen Dr. W. Freudenthal in der Oktobersitzung der Deutschen Medizinischen Gesellschaft von New York hielt, ist in der Festschrift erschienen, die Prof. B. Fränkel in Berlin zu seinem 60ten Geburtstage überreicht wurde. Diese Festschrift ist als 5. Band des Archivs für Laryngologie und Rhinologie im Buchhandel herausgegeben worden.

In der Novemberversammlung der Med. Soc. of the County of N. Y. beantragte Dr. Burtenshaw im Anschluss an die Antrittsrede des Präsidenten Dr. Landon Carter Gray die Bildung eines Comité's, welches über den in erschreckendem Masse zunehmenden Missbrauch der freien Behandlung in Spitälern und Dispensaries Bericht zu erstatten hat. Die Deutsche Medizin. Gesellschaft wird bei den Sitzungen dieses Comité's durch Dr. A. Seibert vertreten sein.

Der N. Y. Polyclinic School and Hospital können wir gratuliren, dass bei dem schweren Brande, welcher am Weihnachtstage ihre beiden Gebäude 214 und 215 East 34th Str. einäscherte, alle Patienten gerettet werden konnten und so kein Menschenleben zu beklagen ist. Die Unterrichtskurse für Aerzte, welche temporär nach dem Mother's and

Babies Hospital, East 35th Str., verlegt worden waren, werden nun wieder in 218 East 34th Str. abgehalten. Die Zuhörerzahl hat durch die unliebsame Störung in keiner Weise gelitten.

In Erlangen starb der verdiente Anatom Prof. von Gerlach, in Freiburg i. B. der Professor der physiologischen Chemie Eugen Bauer, in Paris Isidor Straus, Prof. der vergleichenden und experimentellen Pathologie und in Kopenhagen der Gynäekologe Prof. Asger-Stadtfeld.

Beim XV. Congress für innere Medicin, der vom 9.—12. Juni 1897 in Berlin stattfindet, werden folgende Themata zur Discussion kommen: 1. Chronischer Gelenkrheumatismus (Ref. Bäumler); 2. Epilepsie (Ref. Unverricht); 3. Basedow'sche Krankheit (Ref. Eulenburg).

Im österreichischen Abgeordnetenhaus wurde am 2. Dec. ein Gesetz angenommen, welches neben einer Erhöhung der Gehälter der Hochschulprofessoren auch die Verstaatlichung der Collegiengelder einführt.

Die Pariser Akademie der Wissenschaften hat Prof. Laskowsky in Genf für seine anatomischen Arbeiten den Grand Prix Monthyon und dem Berliner Arzt Dr. G. Joachimsthal für die beste Bearbeitung der Preisaufgabe: „Etude des changements morphologiques et fonctionnels qu' on peut produire expérimentalement sur l'appareil locomoteur" den Prix Pourat und den Titel eines Laureat de l'Institut verliehen.

Die Münch. med. Woch. schreibt: Meldungen über Vergiftungen durch Sublimatpastillen haben den Medicinalminister zu einer Rundverfügung an die Regierungspräsidenten veranlasst. Im Allgemeinen werden darin die Aufsichtsbehörden angewiesen, auf die Beachtung der Vorschriften über die Abgabe stark wirkender Arzneimittel streng zu halten. Im Besonderen wird noch angeordnet: „Die Aerzte sind zu ersuchen, Sublimatpastillen nur in Mengen zu verschreiben, wie sie der einzelne Krankheitsfall voraussichtlich erheischt, und dabei die Umgebung des Kranken auf die Giftigkeit des Mittels und die zur Verhütung von Unglücksfällen erforderlichen Vorsichtsmassregeln aufmerksam zu machen. Das niedere Heilpersonal, insbesondere Krankenpfleger und -Pflegerinnen, Hebammen, Heildiener, sind namentlich auf die durch den Gebrauch von Sublimatpastillen bedingten Gefahren hinzuweisen; ihnen ist unter Betonung der eigenen Verantwortlichkeit grösste Vorsicht bei Aufbewahrung und Verwendung der Pastillen zur Pflicht zu machen." Vergiftungen durch Sublimatpastillen, die zur Kenntniss der Behörden kommen, sind dem Regierungspräsidenten zu melden. Dieser hat jährlich über solche Meldungen an den Medicinalminister zu berichten.

Geschäftliche Zuschriften, Geldsendungen, Bestellungen, u. s. w., sind zu richten an : Medical Monthly Publishing Co.," 17-27 Vandewater Street, New York

Manuscripte, Wechselblätter und Anfragen bezüglich des Inhaltes sind an den Herausgeber zu richten.

ALFRED MICHEL,
302 W. 32d St.

New Yorker
Medicinische Monatsschrift.

Officielles Organ der
Deutschen Medicinischen Gesellschaft der Stadt New York.
Redigirt von Dr. Alfred Michel.

Bd. IX. New York, 20. Februar, 1897. No. 2.

ORIGINALARBEITEN.

Die chronische Tabaks-Intoxication,

speciell in aetiologiseher und neurologischer Hinsicht.

Von

Dr. Geo. W. Jacoby.

Wenn ich mir zur Aufgabe gestellt habe, heute Abend über die chronische Tabaksvergiftung zu reden, so habe ich das mit der vollbewussten Idee gethan, ein Thema zu wählen, welches für jeden meiner Zuhörer von Interesse sein muss. Unser jetziges Zeitalter ist unstreitig ein aetiologisches. Das Forschen nach den Ursachen von Erkrankungen und das Erkennen derselben ist eine der Hauptaufgaben unserer Wissenschaft, denn therapeutischer Erfolg, oder noch besser, Verhütung von Krankheiten, kann nur durch ein solches Erkennen zu Stande kommen. Viele der Krankheitsursachen sind scharf und eingehend studirt und beleuchtet worden; aus derartigen Studien geht deutlich hervor, dass ein durchgreifendes toxicologisches Prinzip als Hauptfactor bei fast allen chronischen Vergiftungen existirt; es ist dies der Umstand, dass die sehr lang fortgesetzte Wirkung kleiner Quantitäten eines Giftes schliesslich Vergiftungserscheinungen hervorbringt. Es ist hierbei durchaus nicht nötig, dass wiederholte Anfälle leichter Vergiftung der chronischen vorangehen müssen, im Gegentheil, schwere chronische Vergiftung kann plötzlich hervorgebracht werden. Für viele derartiger Ausbrüche giebt die cumulative Wirkung des Giftes genügenden

*) Vortrag, gehalten im Verein der Aerzte des Deutschen Dispensary. Wissenschaftliche Versammlung vom 9. December 1896.

Aufschluss. Diese Bemerkungen beziehen sich auch in vollem Masse auf den Tabak als toxicologische Substanz, nur dass seine Wirkung keine cumulative, sondern eine summirende ist, dass eine Summation der Effecte des beständigen Reizes zu Functionsstörungen, und vielleicht auch schliesslich — wer möchte das Gegentheil beweisen — zu organischen Erkrankungen führt.

Es ist aber, wenn man selbst zu den unzähligen Fröhnern des Tabaksgenusses gehört, sehr schwer, sich vollständig objectiv zu verhalten. Man muss mit den althergebrachten Phrasen und Behauptungen brechen, und sich streng an die Thatsachen halten, welche uns die Physiologie und die Klinik lehrt. Dieses habe ich in der folgenden Darstellung zu thun versucht.

Es konnte aber bei einem Vortrage, wie dieser es sein soll, durchaus nicht meine Absicht sein, die ganze Reihe derjenigen pathologischen Erscheinungen, welche in der Literatur mit gewohnheitsmässigem Tabaksgenuss in ursächliche Beziehung gebracht werden, in den Kreis meiner Betrachtung zu ziehen. Denn die Anzahl der krankhaften Zustände oder Zufälle, welche von dem einen oder andern medicinischen Autor dem Tabak zugeschrieben werden, ist beinahe so gross, wie die Anzahl der pathologischen Erscheinungen überhaupt.

Gleich extreme Ansichten finden sich auch hinsichtlich der Schwere der Folgen, wie z. B. von einzelnen Seiten versichert wird, dass die Gewohnheit des Tabakrauchens an der behaupteten Degeneration der gegenwärtigen Race wesentlich mitschuldig sei, und ein französischer Mediciner sogar so weit geht, die Cigarette für die französische Niederlage von 1870—1871 verantwortlich zu machen.

Jede Art von Tabakvergiftung beruht entschieden wesentlich mit auf der Wirkung des Nikotins. Ueberall, ausgenommen beim Rauchen, ist die Mitwirkung der sonstigen im Tabak enthaltenen toxischen Substanzen eine so verschwindende, dass sie bei Würdigung der Tabakvergiftung praktisch ausser Ansatz gelassen werden kann. Beim Rauchen gilt dies ebenfalls für die sich bildenden Substanzen wie dem Collidon, gewissen Pyridinbasen, dem nicht basischen öligen Giftstoff von Abeles und Paschkis, und der Cyanwasserstoffsäure. Nur für das Kohlenoxid trifft dies meiner Meinung nach nicht zu. Im Gegentheil, ich glaube, dass viele Vergiftungserscheinungen wenn nicht ausschliesslich, so doch zum grossen Theile

der Bildung dieses Gases zuzuschreiben sind. So ist es sicher, dass für die nachtheiligen Folgen des Aufenthaltes in mit Tabakrauch geschwängerter Atmosphäre das Kohlenoxyd verantwortlich ist. Nicotinvergiftung ist auszuschliessen, da diese Folgen auch bei Nichtrauchern auftreten, und weil Arbeiter in den Tabaksfabriken entweder gar keine Zeichen chronischer Tabaksvergiftung zeigen, oder nur solche, welche in ihrer Art von der der Raucher abweichen. Das CO, nach Krause zu 5 bis 13 Proz. in Tabakrauch vorhanden, wirkt schon durch seine Menge energischer als die nur in geringen Quantitäten darin vorhandenen oben erwähnten Stoffe.

F o k k e r fand als Resultat verschiedener an Thieren angestellter Experimente, dass wenn in einem sehr kleinen Zimmer eine Person, und in einem freien grossen Zimmer viele Personen rauchen, bereits nach einer Stunde der CO-Gehalt der Luft gross genug ist, um in dem Blute eines Säugethieres chemisch aufgefunden zu werden.

Auch G r é h a n t (Baret-Thése de Paris 1879) hat Hunde mit Nicotin und mit Tabakrauch vergiftet, und fand im Blute der mit Rauch getödteten dieselben Veränderungen, wie sie im Blute nach CO-Intoxicationen auftreten, während das Blut der an Nikotinvergiftung gestorbenen, andere Erscheinungen aufwies.

Dass aber das Nicotin nebenbei seine toxische Wirkungen entfaltet, ergiebt sich aus den Erfahrungen von Fokker, dass Mäuse, auch wenn der Tabakrauch von CO befreit wurde, doch unter ähnlichen Erscheinungen, nur nicht so stark und nach längerer Zeit, als nach Einwirkung von reinem Tabakrauch, starben.

Die Art und Weise des Tabakverbrauches ist in allen Welttheilen dieselbe; Rauchen, Schnupfen oder Kauen, und nach Verschiedenheit des Genusses wird die Vergiftung sich individuell in gewisser Hinsicht verschieden äussern, mehr allgemeine oder mehr lokale Störungen verursachen; für unsere Zwecke genügt es, den Tabak als Einheit aufzufassen, oder wenn eine Theilung nötig ist, lediglich von Nicotin und CO zu sprechen.

Bei akuter Vergiftung äussert sich der Einfluss des Tabaks hauptsächlich auf das Nervensystem, zunächst excitirend, dann deprimirend, schon in kleinen Dosen tödtlich. Diese betreffenden Erscheinungen, wie sie durch Beobachtungen an Menschen bezw. durch Thierexperimente festgestellt sind, sind

so sehr bekannt, dass ich irgend welche Beschreibung hier für unnötig erachte.

Wenn wir nun nach der anatomisch-physiologischen Wirkung im Einzelnen fragen, so sind die derzeitig bekannten Thatsachen dürftig und zum Theil zweifelhaft.

Dass der Tabak auf das Cerebrum einen Einfluss ausübt, ist wohl ausser Zweifel. Dieses ist für die motorischen Centren durch klinische Beobachtungen an Menschen erwiesen.

Bei Thieren entwickelte sich nach grossen Gaben Nicotin's als Zeichen einer cerebralen Implication Benommenheit des Sensoriums, Schwinden des Bewusstseins, motorische Störungen bestehend in Incoordination und Auftreten von Krämpfen in den verschiedensten Muskelgruppen.

Eine Anämie der Meningen des Gehirns ist von Giacich bei Thieren constatirt worden, und Roudanowsky hat Veränderungen der corticalen Zellen und deren Ausläufer im Gehirn tabakvergifteter Thiere gefunden.

Die Medulla oblongata wird jedenfalls in so weit von Nicotin angegriffen, als das hier gelegene Reflex-Centrum (Krampfcentrum) excitirt wird (Roeber, Heubel, Boehm, citirt von Hermann); auch scheint es, dass die im ersten Vergiftungsstadium entstehenden Convulsionen auf der Wirkung des Nicotins auf das Rückenmark beruhen. Dass diese tonischen und clonischen Krämpfe centraler Natur sind, erweist sich nach Boeck dadurch, dass schon während dieser Krämpfe die Reflexerregbarkeit des Rückenmarks herabgesetzt und bald ganz erloschen ist.

Dass ferner die Krämpfe nicht cerebral sind, ist von Krocker bewiesen worden, indem er sie bei enthirnten Fröschen durch Nicotinvergiftung hervorgebracht hat.

Die Abhängigkeit dieser Krämpfe vom Rückenmark wird weiter durch die Experimente von Vulpian und Krocker, deren Richtigkeit von Hare festgesetzt worden ist, bewiesen. Vulpian fand, dass Abschneidung der arteriellen Versorgung eines Gliedes die Krämpfe nicht verhindert, und Krocker bestätigt dies durch Section des Nervenstammes, wodurch die Krämpfe in diesem Gliede aufhörten. Ueber die Wirkung des Tabaks auf die peripheren Nerven sind die Meinungen sehr getheilt.

Die motorischen Nerven, welche Anfangs und bei minderen Graden der Nicotinvergiftung noch durch Electricität

erregbar sind, (Cl. Bernard) verlieren später und bei höheren Graden ihre Erregbarkeit vollständig. (Dornblueth). Auch soll man bei Beurtheilung dieser Frage den Einfluss von CO auf diese Nerven nicht ausser Acht lassen; erwähnen will ich hier nur, was ich an anderer Stelle ausführlich veröffentlicht habe, dass Lähmungen peripheren Ursprunges unzweifelhaft nach CO-Vergiftung vorkommen. Die Pathogenese derartiger Zustände werden wir sogleich würdigen. Auf die sensiblen Nerven soll der Tabak der allgemeinen Meinung nach keinen Einfluss haben. Klinisch widerspricht dieses meinen Erfahrungen in Toto, da sowohl Reiz- als Lähmungserscheinungen nicht selten beobachtet werden; ich will hier gerne zugeben, dass diese Erscheinungen erst nach schweren Intoxicationen vorkommen; dieses würde aber die allgemeine Erfahrung nur bestätigen, dass die sensiblen Nerven verschiedenen toxischen Schädlichkeiten gegenüber resistenzfähiger sind als die motorischen.

Ueber den Einfluss des Nicotins auf den Vagus liegen mehrfache Untersuchungen vor; so soll dasselbe nach Hermann eine Vagus-Lähmung hervorbringen, nachdem vorher Erscheinungen der Vagusreizung (Verlangsamung oder Stillstand) vorausgegangen waren. Nach Ansicht der Meisten — sagt Hermann — ist diese Einwirkung eine Lähmung der Endigungen des Vagus im Herzen, und reizt Nicotin zuerst, um dann zu lähmen, während Muscarin, welches nach Schmiedeberg diastolischen Herzstillstand verursacht, diese Endigungen reizt. Da ferner der Stillstand infolge Nicotins durch Curare und Atropin, der infolge Muscarins nur durch Atropin beseitigt wurde, so wird (Schmiedeberg) angenommen, dass das Muscarin und Atropin auf mehr peripherische Hemmungsapparate des Herzens reizend, resp. lähmend wirken, als Nicotin und Curare; etwa die Ersteren auf gangliöse Hemmungscentren, die Letzteren auf die zu diesen tretenden Vagusendigungen. Jedoch wird dieser Anschauung von Luchsinger und Anderen widersprochen, indem die Stillstände als Lähmungszustände der motorischen Apparate, und die sie beseitigenden Einwirkungen als Reizung derselben aufgefasst werden; der Unterschied zwischen der Wirkung des Nicotins, wie auch des Curare, einerseits, und des Muscarin-Atropin andererseits, wäre hiernach nur ein gradueller, die letzteren Gifte die intensiveren. Báldi hingegen schreibt die primäre Pulsverlangsamung nach subcutaner

Nicotineinspritzung einer Erregung der centralen Ursprungskerne des Nervus Vagus zu; die spätere Unerregbarkeit soll auf Lähmung der leitenden Nerven zurückzuführen sein.

Nach Hirschmann (bei Herrmann) macht das Nicotin die Reizung des Halssympathicus für die Pupille unwirksam, jedoch nach Langley und Dickinson dann nicht, wenn der Reiz oberhalb des Ganglion cervicale supremum angebracht wird, d. h. das Nicotin lähmt die Zellen des Ganglions, und zwar auch bei lokaler Applikation des Giftes auf das Letztere; beim Hunde schwindet zuerst die Gefässerweiternde, dann die Lid-bewegende, Gefässnerven-erregende, Pupillen-erweiternde, zuletzt die Speichelwirkung. Aehnliche Beziehungen lassen sich nach Langley und Dickinson auch an den Ganglien anderer sympathischer Nerven (Splanchnicus etc.) nachweisen.

Die Wirkung des Tabaks auf das Blut ist eine ausserordentlich complicirte und wichtige Frage, welche sich experimentell nur schwer lösen lässt, da Nerveneinflüsse, Wirkungen auf die Arterienwandungen u. A. m. hier eine grosse Rolle spielen. Auch ist nicht zu übersehen, dass das CO, welches wie erwähnt in grossen Mengen im Tabaksrauch vorhanden ist, seine Hauptwirkung auf das Blut ausübt. Was nun über das Nicotin per se bekannt ist, ist das folgende:

1) Eingeführt in das Blut ruft es eine kurzdauernde Steigerung des Blutdruckes hervor, der eine langdauernde Erniedrigung und dann wieder eine Steigerung des Druckes folgt (Tschirwinsky).

2) Auf die Blutkörperchen übt es einen merklichen Einfluss aus. Die rothen Blutkörperchen werden gezackt, und bei sehr starken Dosen tritt eine theilweise Disintegration ein. In den Experimenten von Hare stellten sie sich in Reihen, anstatt in Rouleaux, derart, dass immer die Kante des einen Körperchens die Kante seines Vorgängers berührte. Wurde das Gift unter dem Mikroscope dem Präparate zugefügt, so schienen die rothen Blutkörper einzugehen und ihren Durchmesser zu verkürzen, wobei sie zum grossen Theil ihre Concavität einbüssten und farblos und durchsichtig wurden.

Vas hat auch bei chronischer Tabaksintoxication nachgewiesen, dass die Zahl der rothen Blutkörperchen fällt, während die der weissen gesteigert wird. An den weissen Blutkörpern ist die Wirkung des Giftes eine scharf ausgeprägte .

Ihre Bewegung, welche in dem künstlich erwärmten Objectträger anhielt, wurde in den Hare'schen Experimenten sofort durch Zufügung von Nicotin gehemmt, der Blutkörper selbst bricht in acht oder mehr Theile, welche ab und zu sich lostrennen, und für sich allein selbstständig weiterschwimmen. Diese Theile sind rund und haben eine starke Aehnlichkeit mit dem rothen Blutkörperchen. Die Kugelform, welche das weisse Körperchen oft annimmt, erscheint nicht nach Zufügung von Nicotin, sondern das Protoplasma bleibt unverändert in dem Stadium, welches es bei Aufhören der Bewegung angenommen hatte.

Auf das Oxyhämoglobin wirkt das Nicotin direct, und die vermuthliche Reduction des Ersteren ist auf die Wirkung des Nicotins verbunden mit Asphyxie zurückzuführen.

Die obenbeschriebene Disintegration der rothen Blutkörperchen deutet auf die Richtigkeit dieses Schlusses.

Demnach erfolgt Tod bei Nicotinvergiftung nicht einfach infolge gewöhnlicher Asphyxie auf Grund einer Depression des Respirations-Centrums, sondern infolge der Thatsache, dass das Hämoglobin verfehlt, Oxygen nach den verschiedenen Theilen des Körpers zu tragen.

Bringen wir hiermit die Thatsache in Erwägung, dass jede Menge Kohlenoxyd, die in das Blut aufgenommen wird, so gering sie auch sein mag, eine entsprechende Menge Hämoglobin hindert, an der Aufnahme des Sauerstoffs beim Atmen mitzuwirken, so wird uns die Art und Weise der Tabakvergiftung beim Rauchen klar.

Diese Oxyhämoglobin-Veränderungen infolge Nicotin und CO lassen sich am besten mittelst Spectralanalyse constatiren. Derartige Spectroscopische Untersuchungen sind nun für das Nicotin von Hare an Thieren, für das CO von mir selbst an Menschen vorgenommen worden.

Hare hat, um die Ergebnisse seiner Experimente zusammenzufassen, gefunden, dass die constanteste, durch Nicotin bewirkte Veränderung, das Uebergreifen der Orangegelben Strahlen auf die rothwärts gelegene Seite des Absorptionsstreifens war; auch dass bei ziemlich grossen Dosen, der Streifen genau so getheilt war, wie ein aufgelöster Oxyhämoglobin-Streifen es sein würde, obwohl man zufolge der Asphyxie und der dunklen Blutfarbe ein Spektrum des reduzirten Hämoglobins zu finden erwarten möchte. Die Aufnahme des Kohlenoxyd beim Rauchen geschieht durch die Organe der Ath-

mung, und es diffundirt von der Lungenoberfläche aus in die Blutcapillaren über. Wie sich das Gift innerhalb des Körpers und namentlich im Blute verhält, ist eingehend studirt worden.

Wenn auch das Blut, in Folge der Schwerlöslichkeit des CO nur geringe Mengen des letzteren in sich aufnehmen kann, so genügen doch diese kleine Quantitäten, um eine tiefgreifende Veränderung der physiologischen Eigenschaften des Blutes zu erzeugen.

Die Untersuchungen von Cl. Bernard und Hoppe-Seyler haben gelehrt, dass das Kohlenoxyd den Sauerstoff aus dem Blute verdrängt und mit dem Blutfarbstoff eine Verbindung eingeht, die diesen unfähig macht, weiteren Sauerstoff aufzunehmen.

Kohlenoxyd wird vom Hämoglobin in dem nämlichen Verhältniss gebunden, wie der Sauerstoff. Es scheint beinahe selbstverständlich, dass die Giftigkeit des CO für den lebenden Organismus von diesem angeführten Verhalten abhängig sein muss. Die zu einer Vergiftung erforderlichen Mengen CO lassen sich nicht leicht bestimmen, doch zufolge zahlreicher Versuche an Thieren, die namentlich von Eulenburg und Polkrowsky angestellt wurden, genügen schon $\frac{1}{2}$ bis 1 Proz. CO, der Respirationsluft beigemengt, den Tod zu bewirken.

Aeusserlich verräth sich die durch CO hervorgebrachte Veränderung des Blutes durch seine eigenthümlich hell-kirschrothe Färbung, und durch sein verändertes spectrales Verhalten; dies ist besonders characteristisch und daher diagnostisch wichtig. Für klinische Zwecke genügt eines der gebräuchlichen Taschenspectroscope, wie es dem Henocque'schen Instrumente beigegeben ist. Bringt man nämlich das mit Wasser entsprechend verdünnte Kohlenoxydblut (1 Theil Blut auf 3 Theile Wasser) vor den Spectral-Apparat, so bemerkt man Absorptionserscheinungen, die von jenen des normalen Blutes sich nicht wesentlich unterscheiden, aber dennoch Eigenschaften aufweisen, welche als für das CO-Blut characteristisch gelten müssen. Während erstens im normalen Blute die Oxyhämoglobin-Absorptionsbänder sich im Gelbgrün zwischen den Frauenhofer'schen Linien D und E finden, und zweitens diese Streifen nach Zusatz reducirender Mittel (Schwefel-Ammonium) zu einem einzigen Bande verschmelzen, welches dem reduzirten Hämoglobin entspricht, zeigen sich durch Um-

wandlung des Oxydhämoglobin in Kohlenoxydhämoglobin infolge Zutritt von CO, die normalen Oxydstreifen etwas nach rechts verschoben, und bleiben nach Zusatz der reduzirenden Substanz als zwei Bänder unverändert bestehen. Klinisch habe ich versucht, dieses Verhalten praktisch zu verwerten, und habe an die Möglichkeit gedacht, Kohlenoxyd im Blute der an chronischer Tabaksvergiftung leidenden direkt nachweisen zu können. Während ich nun nach vielen derartigen Untersuchungen zu dem eigentlich schon a priori annehmbaren Schlusse gekommen bin, dass CO sich im Blute von Rauchern n i c h t findet, wenn diese vor der Untersuchung reichlich frische Luft eingeatmet haben, so ist es mir doch gelungen, in einzelnen Fällen das spectroscopische Verhalten des CO-Blutes bei Aufenthalt in mit Rauch geschwängerter Atmosphäre deutlich nachweisen zu können. Dieses stimmt ja auch mit den allgemein anerkannten Thatsachen überein, dass eine Aufstapelung des CO-Hämoglobin im Körper nicht vorkommt, so lange das Blut Gelegenheit hat, sich der aufgenommenen Gasmenge zu entledigen; wird aber dieser Entledigung irgend ein Hinderniss in den Weg gelegt, wie rauch gefüllte Räume, oder schlecht functionirende Eliminations organe, so muss sich das CO-Hämoglobin anhäufen und Vergiftungserscheinungen hervorbringen. Wenn auch in dem Blute der Raucher die Quantität des gefundenen CO ausserordentlich gering sein mag, oder wenn auch die Experimente ganz negativ ausfallen, so bedenke man nur, dass das gefundene CO mit dem aufgenommenen nicht übereinstimmt, sondern nur denjenigen Bruchtheil davon darstellt, der nicht unmittelbar in dem Blute oxydirt ist. Die wichtige Frage kann demnach nicht sein, wieviel CO in dem Blute restlich gefunden, sondern wie viel von dem Gas in die Lunge aufgenommen wird, denn hier verhindert jede Quantität CO, wie gering diese auch sein mag, eine entsprechende Quantität des freien Hämoglobins, Sauerstoff aufzunehmen.

In direktem Anschluss hieran sei noch bemerkt, dass die von P á n d i gefundene weitgehende Erkrankung der weissen Rm's Substanz, und die Systemdegeneration in den Hintersträngen, sowie die von V a s gefundenen Veränderungen der grossen Vorderhornzellen des Rückenmark's, höchstwahrscheinlich keine specifische Aeusserung des Nicotin's, sondern den oben geschilderten Blutveränderungen zuzuschreiben und als allgemeine Ernährungsstörungen aufzufassen sind, wie wir

sie bei anderen Myelitiden infolge von Phosphor, Bleivergiftung, und bei schweren Anämien finden. Ferner sei darauf hingewiesen, dass nach den Untersuchungen von Claude Bernard und Rosenthal die Arterien unter dem Einflusse des Nicotin's anfangs verengt und dann erweitert werden.

Auch wird speciell erwähnt, — aber ob auf Grund physiologischer Untersuchungen, weiss ich nicht, — dass Spasmen der Coronar-Arterien und demzufolge Ischämie der Herznervencentren eintreten.

Schliesslich will ich noch zum Verständniss des folgenden klinischen Theiles erwähnen, dass die Organe, welche mit glatten Muskelfasern ausgestattet sind, ebenfalls von Nicotin ergriffen werden, insofern O. Nasse gezeigt hat, dass der ganze Darm, hauptsächlich der Dünndarm, durch Nicotin in starke Contractionen versetzt werden kann; auch dass sowohl bei Einführung in das Blut als bei örtlicher Application, Nicotin, gleichwie die übrigen Myotica, verengernd auf die Pupille wirkt, und dass Krampf des Accomodationsapparates, also permanente Einstellung auf den Nahepunkt, hervorgebracht wird. Diese Wirkung des Nicotins beruht hauptsächlich auf Reizung der Nervenenden im Sphinkter und Ciliarmuskel.

Ebenfalls ist die diuretische Wirkung des Nicotins wie die Erhöhung der Speichelabsonderung allgemein anerkannt; hier handelt es sich gewiss um directen Reiz der betreffenden Organe, indem das Gift auf diese Weise zum Theil ausgeschieden wird.

Der Umstand, dass Sektionsbefunde characteristische Resultate nicht aufweisen, würde darauf hindeuten, dass alle aufgezählten Störungen durch Veränderungen im Blute und der Blutbahn oder durch Innervationsfehler hervorgebracht werden.

Die vorstehenden physiologischen Bemerkungen über die Tabakwirkung möchte ich mit dem Hinweis darauf abschliessen, dass die individuelle Widerstandskraft gegen dieselbe, bei Thieren und Menschen, sehr verschieden ist, dass sich in den meisten Fällen der Organismus an das Gift gewöhnt. Die Menschen, welche absolut intolerant gegen Tabak sind, gehören zu den Ausnahmen. Die Gewöhnung pflegt überdies rapid zu erfolgen, wie die allgemeine Erfahrung beweist.

Sowie sich einmal ein Individuum an Nicotin gewöhnt hat, pflegt eine lange, zuweilen 20 Jahre und mehr dauernde Pe-

riode einzutreten, wo es entweder keinerlei oder nur leicht vorübergehend üble Folgen verspürt. Ist aber zu irgend einer Zeit die Sättigung des Systems erreicht, dann zeigen sich wohldefinirte chronische, auch periodische Störungen, insbesondere des Nervensystems, von verschiedener Art und Intensivität, theils einzeln, theils gruppenweise auftretend. Sie lassen sich durch keinerlei Behandlung beseitigen, verlieren sich aber regelmässig allmählich nach einer mehr oder weniger langen Periode absoluter Enthaltsamkeit, nicht jedoch auf einfache Beschränkung des Tabaksgenusses hin. Nachdem dann so die Heilung erzielt ist, kann das Individuum üblicherweise wiederum wenigstens mässigen Tabaksverbrauch ohne messbare Beeinträchtigung aufnehmen.

Die Thatsache, dass Raucher zuweilen erst nach 20-jährigem excessivem Rauchen Intolerabilität wahrnehmen, welche sodann wie bemerkt wieder nach einhalb bis zweijähriger Enthaltung schwindet, erklärt Vallin dadurch, dass dabei Zimmerleben, übermässige Arbeit, verlängertes Wachen, Leidenschaften, besonders Kummer, Gebrauch und Missbrauch von Kaffee konkurriren, mit dem Gesammtergebniss einer Ueberanstrengung des Nervensystems, wo dann der Tabak nur eine das Mass füllende Mitursache bildet.

Gelegentlich bemerkt scheint ihm Kaffee, der bei akuter Nicotinvergiftung ausgesprochene Heilwirkung besitzt, bei chronischer die Symptome eher zu erschweren.

Während nun die Erscheinungen bei chronischer Vergiftung Uniformität genug besitzen, um als characterische Symptome, bezw. Symptomenkomplex, zu gelten, so bedingt andererseits die schon hervorgehobene individuelle Widerstandsverschiedenheit im Einzelnen grosse Unterschiede, und desshalb bezeichnet Colpi mit Recht die Wirkung chronischer Nicotinvergiftung auf das Nervensystem als eine elektive, die sich jeweils gegen den „locus minoris resistentiae" wendet, um von hier aus bei Vernachlässigung intensiv und extensiv um sich zu greifen.

Aus den obigen Gründen der üblichen Konkurrenz anderer Ursachen, wozu vor Allem auch Alcohol zu rechnen ist, hält es im Einzelfall oft sehr schwer und gelingt auch oft gar nicht, den Antheil des Tabaks zu bestimmen. Da also die reinen Fälle selten vorkommen, die Ergebnisse der Thierexperimente aber nur mit Reserve zu verwerthen sind, so stösst der

Versuch einer einwandsfreien Darstellung der Symptome chronischer Nicotinvergiftung auf besondere Schwierigkeit.

Im einzelnen möchte ich nun den folgenden klinischen Theil lediglich als den Ausdruck der Ergebnisse meiner eigenen Erfahrung aufgefasst wissen, wobei ich bei dieser Bearbeitung die in der Literatur verzeichneten Vorkommnisse kritisch verwerthet habe.

Die Hauptwirkung des Tabaks scheint sich klinisch auf die Herznervenapparate zu äussern, und halte ich die Entwickelung von organischem Klappenfehler oder gar Fettentartung des Herzmuskels, wie von Kennedy behauptet, für ausserordentlich zweifelhaft. Dass sich hingegen schliesslich permanente Störungen in der Herzinnervation einstellen können — ob diese lediglich durch Störungen der Leitungsbahn oder in der Endstation (Herzmuskel) hervorgebracht werden, mag noch dahingestellt sein — ist für mich sicher.

Unter meinen Krankengeschichten finde ich Notizen über 3 derartige Fälle, von welchen ich zwei schon bei anderer Gelegenheit (über motorische Herz-Neurosen) veröffentlicht habe. Diese Fälle betrafen alle sehr starke Raucher, bei welchen, nachdem die üblichen und bekannten Herzsymptome Jahre lang bestanden hatten, und verschiedenerseits als Tabaksintoxication aufgefasst wurden, plötzlich paroxysmale Tachycardie in 2 Fällen, Bradycardie mit epileptischen Anfällen in dem dritten, sich einstellten. Diese Erscheinungen bestanden dann Jahre lang, und alle 3 Patienten gingen schliesslich an ihrem Leiden zu Grunde, ohne dass sich intra vitam ein organisches Herzleiden hat diagnosticiren lassen. Fälle von functionellen Störungen der Herzleistung mit stürmischem Herzschlag sind sehr häufig, ebenfalls Fälle von anfallsweise auftretenden Herzpalpitationen, mit sonst langsamem und intermittirendem Pulsschlag.

So könnte ich eine ganze Reihe Fälle anführen, bei welchen die Symptome sich etwa wie folgt gestalten: Bei Männern entwickelt sich (gewöhnlich Anfangs der 40er Jahre) ziemlich plötzlich, ohne nachweisbaren organischen Herzfehler, auffallende Intermittenz der Herz- und Pulsschläge bei etwas verlangsamter Herzaction, etwa 60 in der Minute. Diese Intermittenzen treten gewöhnlich nach jedem 10ten bis 12ten Schlage ein, und erstrecken sich über 1 oder 2 Pulsschläge. Nach mehr oder wenig langer Abstinenz (6 Monate oder mehr) treten diese Intermittenzen zurück, um bei Wiederaufnahme

des Tabaks gewöhnlich nicht wieder einzutreten. Unregelmässigkeit des Pulses, von den Intermittenzen abgesehen, ist gewöhnlich einer nebenbeistehenden Ursache (Magen-Darmstörungen, Neurasthenie, Alcohol) zuzuschreiben. Auffallend ist in allen diesen Fällen die Kleinheit des Pulses, sowie der mit dem Sphygmodynanometer gemessene Blutdruck. Bemerkenswerth ist, dass bei vielen derartig ergriffenen Patienten sich auch Athemnoth und Beklemmungen bis zu Erstickungsgefühl einstellen. Auch ist die Thatsache, dass sonst rüstige Männer, wenn grössere Anstrengungen gefordert wurden, Erscheinungen intermittirenden Pulses, stürmischer Herzaction und Athemnoth aufwiesen, wenn sonst keine organische Erkrankung vorlag, für chronische Tabaksintoxication sehr verdächtig.

Dass hierbei anscheinend gesunde Männer sogenannte Ohnmachtsanfälle bekommen, d. h. plötzlich z. B. auf der Strasse umfallen oder im Zimmer sich niederlegen und für einige Zeit die horizontale Lage streng festhalten müssen, ist nach meinen Erfahrungen, sowie nach Berichten vielfacher Beobachter, eine unwiderlegliche Thatsache. Auch klagen viele Patienten über Schmerzen in der Präcordialgegend. Dass derartige Schmerzen stellvertretend für die motorischen Herzerscheinungen eintreten, wie Favarger hervorhebt, ist nicht richtig, denn man trifft derartige Klagen bei Herzintermittenzen bei Bradycardie sowohl wie bei Palpitationen in Folge Tabaksmissbrauches, häufig an, aber nicht nur Schmerzen in der Präcordial-Gegend, sondern Schmerzen, welche die Ausbreitungs-Bezirke verschiedener Cervical- und Dorsal-Nerven annehmen. Als besonders für Tabaksschmerz geltend halte ich Schmerzen in und um die linke Brustwarze; auch braucht dies kein wirklicher Schmerz zu sein, sondern kann sich als eine Hyperästhesie documentiren. Ebenfalls characteristisch ist ein mehr oder wenig constanter Schmerz, oder Hyperästhesie, im linken Arm, welcher sich an der Ulnar-Seite bis in die Finger hineinzieht, mit einem Gefühl von Taubheit oder Kribbeln einhergeht, und nicht selten von einem Gefühl begleitet ist, als wenn das linke Handgelenk von einem festanliegenden Bracelet umschlossen werde. Auf sensible Störungen in anderen Nervengebieten komme ich noch zurück.

Die sicher, wenn auch selten konstatirte Angina pectoris als Symptom chronischer Tabaksvergiftung, stellt sich

nach Rochard sowie nach Würdigung der in der Literatur verzeichneten Fälle, besonders bei vielem Aufenthalt in rauchiger Atmosphäre und bei solchen Rauchern ein, welche den Rauch inhaliren. Osler, welcher überhaupt die Herzstörungen nach Tabaksmissbrauch für selten hält, hat nur 2 Fälle von Tabaks-Angina aus seiner ausserordentlich ausgedehnten und langen Erfahrung anführen können.

Trotzdem glaube ich verschiedene Fälle von Tabaks-Angina gesehen zu haben; Fälle, welche in Paroxysmen auftraten, mit Blässe des Gesichts, Vertigo, Kleinheit des Pulses, Präcordialangst, kaltem Schweisse, und intensiven, schiessenden oder ziehenden Schmerzen in der Herzgegend und im linken Arm, einhergingen.

Diese Fälle waren aber schon desshalb mit einer Coronar-Angina nicht zu verwechseln, weil die intervallären Ruhepausen eigentlich keine Ruhepausen waren, sondern von sonstigen Symptomen der chronischen Tabaksintoxication begleitet waren, so dass mithin die Angina, mehr oder weniger eine Exacerbation ihres gewohnten Zustandes darstellte.

Ueber direkte Störungen der Respirationsorgane infolge chronischer Tabaksvergiftung besitze ich fast gar keine Erfahrung, wenn ich von den erwähnten Erscheinungen von Athemnoth, Beklemmnug und Erstickungsgefühl in Zusammenhang mit Herzstörungen absehe. In wie weit diese Zustände als Störungen des Herzens oder der Respirationsorgane aufgefasst werden sollen, ist für Dornblüth sowohl wie für mich zweifelhaft. Auf Grund einer neuerlichen, und wie es scheint, höchst eingehenden Untersuchung der sanitären Tabaksverhältnisse Berlins, konstatirt Rochs chronische Bronchitis bei Tabaksarbeitern, aber nur sofern sie in ungeeigneten Räumen arbeiten, während sie bei genügender Ventilation keiner nennenswerthen Gesundheitsschädigung ausgesetzt seien.

In letzterem Punkte stimmt er mit früheren gründlichen Beobachtungen Anderer (Schwabe) im Gegensatz zu anderweitigen pessimistischen Urtheilen überein.

Ueber das Vorkommen der granulären Pharyngitis und der Uebertragungen des Reizes von Pharynx auf den Larynx verweise ich auf die hierüber gemachten Bemerkungen von Rochard.

Ein spezifisches Asthma bei chronischer Nicotinvergiftung wird von Einzelnen behauptet, von Anderen bestritten;

Rochard z. B., obwohl er sein Leben unter Rauchern zugebracht hat, hat es nie selbst angetroffen.

Ueber das Vorkommen von Störungen der Magen- und Darmfunctionen kann ich mich sehr kurz fassen, da diese zur Genüge bekannt sind. Sie bestehen lediglich in Verlust des Appetits, Uebelkeit, wirklicher Dyspepsie und Zeichen eines chronischen Darm-Catarrhs, id est Abwechslung von Obstipation und Durchfällen. Bezüglich des Hervorbringens von dyspeptischen Erscheinungen ist das Rauchen unmittelbar vor dem Essen besonders verantwortlich zu machen.

Als Verbindungsglied zwischen den soeben erwähnten Störungen und den streng specifischen Affectionen des Nervensystems mögen nun die Störungen des Allgemeinzustandes einer Würdigung unterzogen werden. Allgemeine Schwäche des Organismus, Ermüdung, speziell während des Morgens, extreme Blässe des Gesichts und der Schleimhäute als Zeichen einer allgemeinen Anämie, seien hier als häufig vorkommend nur erwähnt. Die auffallende Magerkeit vieler Raucher, besonders solcher jugendlichen Alters, und deren schnelle Gewichtszunahme bei Einstellung des Rauchens mag hier besonders betont werden. Leidenschaftlicher Tabaksverbrauch bringt, wie später erwähnt werden soll, Benebelung des Sehens und Ohrensausen, verbunden mit Erscheinungen von Schwindel und Unsicherheit, hervor, ein Symptomencomplex, wie er allgemein als Vertigo aufgefasst wird. In wie weit dieser Vertigo von Störungen der sogenannten Sinnesorgane oder von cerebraler Congestion, ja auch von bestehenden Herzstörungen abhängig ist, kann nur in jedem einzelnen Falle bestimmt werden.

Auch als Factor bei der Entstehung der Neurasthenie möchte ich den Tabak genannt wissen. Dass gewisse Intoxicationen einen nicht unwichtigen Antheil an der Entstehung dieser so weit verbreiteten Erkrankung tragen, ist wohl bekannt, der Tabak wird aber häufig als ein derartiges Causalmoment vernachlässigt. Was mir aber viel häufiger und wichtiger erscheint, als die Entstehung einer Neurasthenie durch excessives Rauchen, ist die Verschlimmerung eines solchen schon bestehenden Zustandes. Sicher ist, dass die Ueberwachung des Tabaksverbrauchs bei Neurasthenikern sehr genau genommen werden muss, denn der nervöse und leicht übererregbare Patient verfällt bald in derartige Excesse.

Natürlich muss man sich bei Beurtheilung dieser Frage nicht auf die Aussage des Patienten allein verlassen, denn bei der gewohnten Impressionabilität der Neurastheniker sind sie leicht geneigt, irgend welche von den mannigfaltigen, sie beängstigenden Gefühle auf eine einzige geraucht Cigarre zurückzuführen.

Um nun zu den speziellen Störungen des Nervensystems zu schreiten, so mögen die psychischen Erscheinungen zuerst einer Betrachtung unterzogen werden, und zwar weil sie ebenfalls als Zeichen allgemeiner Ernährungsstörungen aufzufassen sind. Unter die auffälligsten, aber auch leichtesten derartiger Störungen, gehören Müdigkeit resp. Trägheit des Geistes; neu auftauchende Ideen entstehen mit der gewohnten Leichtigkeit, werden aber nicht bearbeitet; das Resultat derartiger Functionsstörung giebt sich durch das Fragmentartige der Geistesarbeit kund; — dasselbe gilt auch von den von Aussen kommenden Eindrücken; Sinnesreizungen werden vollständig korrect von der Bewusstseinsphäre aufgenommen, werden aber nicht festgehalten, sondern sofort, ohne weitere Notiznahme und gehörige Würdigung, eliminirt, so dass sie nur eine vorübergehende Wirkung ausüben. Diese Auffassung erklärt auch die Unentschlossenheit des Characters, die Willenslosigkeit, und die semi-stuporösen Zustände, wie sie im einzelnen von Favarger, Blatin und Kempf, beschrieben worden sind.

Die psychische Reizbarkeit, die allgemeinen Reizzustände, verbunden mit unruhigem Schlaf, ja auch mit ausgeprägter Insomnie, sind als Symptome der schon besprochenen Neurasthenie aufzufassen. So auch werden von verschiedenen Autoren Affectionen des Gedächtnisses, vorübergehende Aphasie, Abstumpfung des Intellects, und Agoraphobie als Symptome der chronischen Tabaksvergiftung angeführt. Alle diese Erscheinungen sind aber meiner Meinung nach, wenn sie überhaupt vorkommen und nicht auf andere Ursachen, wie degenerative Prozesse, fehlerhafte Blutmischung und Stoffwechsel-Störungen zu beziehen sind, von den obengemachten Bemerkungen zur Genüge beleuchtet. Ausgesprochene Geisteskrankheit wird von mehreren Autoren als durch Tabak entstanden, erwähnt, und, wie Sie wissen, kommen immer wieder derartige Berichte in den Tagesblättern vor. Ich habe immer derartige Behauptungen, mit einer einzigen Ausnahme, auf welche ich später zurückkommen werde, zu den medicini-

schen Romanen gerechnet; desshalb war ich um so mehr erstaunt, als ich bei Durchsicht der Literatur gefunden habe, dass Krafft-Ebing (I. p. 217) die chronische Tabaksvergiftung zu den Causal-Momenten von Geisteskrankheiten rechnet, aber noch mehr, dass er, und in neuerer Zeit Vétault und Bremer, gewisse Fälle von Dementia Paralytica hierauf zurückführen wollen; diese Auffassung muss in Anbetracht unseres jetzigen Wissens über die Aetiologie dieser Gehirnerkrankung als streng unwissenschaftlich characterisirt werden. Es besteht nicht ein einziger stichhaltiger Beweis für eine derartige Annahme, wohl aber lassen sich Gründe anführen, welche uns zwingen, Tabak von den aetiologischen Momenten wirklicher Geisteskrankheiten auszuschliessen. So spricht z. B. der kleine Unterschied in der Zahl zwischen männlichen und weiblichen Irren, in Anbetracht der Zahl von Tabaksverbrauchern unter den Männern, entschieden gegen einen solchen Zusammenhang; auch ist zu berücksichtigen, was ich dem Berichte der "State Commission of Lunacy" des Staates New York vom Jahre 1895 entnehme, dass unter 16,208 Geisteskranken, welche in den Staatsanstalten zwischen 1888 und 1894 Aufnahme fanden, sich nur in zwei Fällen Tabak als Ursache der Erkrankung angeführt findet. Dass der Tabak geeignet ist, mit anderen Momenten eine anderweitig vorliegende Disposition zur Culmination zu bringen, gebe ich gerne zu; dass aber voll entwickelte Psychosen oder gar die Tabakspsychose von Kjelberg (citirt von Husemann), welche mit Hallucinationen, Wahnideen und Selbstmordgedanken einhergehen soll, lediglich von übermässigem Tabaksgebrauch abhängen, stimmt durchaus mit meinen Erfahrungen nicht überein. Nur einen einzigen Fall möchte ich von diesen Bemerkungen ausgeschlossen wissen, und dieses auch nur zum Theil.

Es handelt sich hier um einen 18-jährigen Knaben, ohne erbliche Prädisposition, welcher bis zum Ausbruch des folgenden maniakalischen Anfalles stets gesund gewesen ist. Nachdem er in einem Studien-Zimmer, welches schlecht oder gar nicht ventilirt war, in Gesellschaft von 8 oder 9 Studenten den ganzen Abend stark Cigaretten geraucht hatte, fing er plötzlich an viel zu sprechen, laut zu schreien, begann mit seinen Commilitonen Streit, schlug mit einem Stuhle um sich, erklärte, er sei Mahommed, der Czar etc. Er wurde gebunden, von der herbeigerufenen Polizei auf das Polizeiamt gebracht,

und verbrachte dort unter beständigem Schreien, Lachen und Singen die Nacht. Unter Wirkung von Chloral schlief er gegen Morgen ein, und erwachte am Nachmittage ohne jegliche Erinnerung an die Ereignisse der verflossenen Nacht. Sein Zustand längere Zeit nach dieser Episode war ein schwer anämischer; Blässe des Gesichts, Kleinheit des Pulses verbunden mit Klagen über Kopfschmerz und Schwindel. Seit dem hat er nie wieder einen derartigen Anfall gehabt. Zur Ergänzung sei noch erwähnt, dass er nur 4 Glas Bier getrunken haben will. Ich für meinen Theil nehme durchaus keinen Anstand, diesen Fall als eine acute Kohlenoxydvergiftung anzusehen, und bin geneigt, alle beschriebenen Fälle von transitorischer Manie, infolge von Cigarettenrauchen, in diesem Sinne zu deuten.

Abgesehen von diesen psychischen Erscheinungen sind verschiedene motorische und sensible Störungen als bei Tabaksmissbrauch häufig vorkommend zu verzeichnen.

Unter den motorischen Erscheinungen ist in erster Reihe leichte Muskelschwäche hervorzuheben. Diese Schwäche äussert sich hauptsächlich in den Beinen als grobe Kraftabnahme, während in den Oberextremitäten eine gewisse Unbeholfenheit für einfache Manipulationen nicht selten, und eine Abnahme jeder Präzision der Muskelbewegung seltener angetroffen wird. In den ausgeprägtesten derartigen Fällen kann diese Präzisionsabnahme leicht mit wahrer Ataxie verwechselt werden, und dies um so mehr, als sie hier und da mit direkter Beeinträchtigung des Muskelgefühles einhergeht. Es liesse sich hiernach leicht, besonders wenn man an die noch zu erwähnenden Störungen der Sensibilität und der Pupillenreaction denkt, ein Bild construiren, welches mit der Tabes grosse Aehnlichkeit hat. Ich persönlich bin nie in die Lage gekommen, eine chronische Tabaksvergiftung auch nur temporär mit einer Tabes zu verwechseln, doch warnt Oppenheim vor einem derartigen diagnostischen Irrthum, und von Anderen werden Fälle von Tabes beschrieben, welche aus Tabaksintoxication hervorgegangen sein sollen.

Die grobe Kraftabnahme der unteren Extremitäten giebt sich schliesslich durch einen schleppenden Gang (gewöhnlich mit erhöhten Patellarreflexen) kund, und geht mit Zeichen einer schweren Anämie einher. Doch tritt auch diese Muskelasthenie ohne Anämie auf. Dass sich die Schwäche in den unteren Extremitäten bis zu einer Lähmung steigern kann,

wird zwar von Keibel (citirt von Giacich) u. A. behauptet, und durch Bericht ihrer Beobachtungen für erwiesen erachtet, spricht aber gegen meine eigenen Erfahrungen. Im Zusammenhang mit der Muskelschwäche wird sowohl in den unteren als in den oberen Extremitäten bei Anstrengungen häufig ein Zittern constatirt. Tremor der Hände wird auch sehr häufig, ganz unabhängig von Anstrengung oder Gebrauch der Muskeln, beobachtet. Diagnostisch mag ein derartiger Tremor bei älteren Leuten leicht zur Verwechslung mit einem senilen Tremor führen. Unter meinen eigenen Fällen findet sich hierfür ein treffendes Beispiel:

Ein Mann von 68 Jahren, der seit seiner Jugend fast ununterbrochen geraucht und gekaut hat, consultirte mich wegen eines Zitterns der Hände, an welchem er in zunehmendem Masse seit Jahren litt. Dieser Tremor betraf hauptsächlich die Hände, war während der Ruhe vorhanden, steigerte sich so auffallend bei Gebrauch, dass das Schreiben fast unmöglich wurde, und erstreckte sich in leichtem Grade beim Stehen auch auf die unteren Extremitäten.

Nach sechsmonatlicher Tabaksabstinenz verschwand er vollständig, um auch bei gemässigter Wiederaufnahme des Rauchens sich nicht wieder einzustellen.

Für mich hat der Tabakstremor in seinem Verhalten etwas ganz spezifisches und von dem senilen und Potatorentremor abweichendes. Während der senile Tremor sehr kleine Excursionen giebt, beständig ist und meistens den Kopf mit implizirt, der Alcoholtremor nur auf Muskelbewegung eintritt, neben den Extremitäten auch Gesicht und Zunge betrifft, und in seiner Art grob und unregelmässig ist, hat der Tabakstremor etwas eigenthümlich rythmisches, nimmt bei der geringsten Muskelanstrengung an Intensität zu, und lässt Gesicht, Zunge und Kopf immer frei.

Im Anschluss an diesem Tremor sei auch hier erwähnt, dass Auld ein fibrilläres Zucken ähnlich demjenigen bei progressiver Muskelatrophie, und bestimmt unterschieden von Tremor, oft excessiv und besonders häufig am Rumpf und an den Oberarmen, beobachtet hat. Ich habe auch mehrfach Gelegenheit gehabt, ein derartiges Erscheinen zu beobachten, und möchte das Bild noch ergänzen, indem ich erwähne, dass ich an den von mir beobachteten Fällen immer neben diesem fibrillären Muskelzucken eine Erhöhung der mechanischen Muskelerregbarkeit vorfand, und zwar eine idio-muskuläre, in-

dem sich der idio-muskuläre Wulst ausserordentlich leicht hervorbringen liess, während die anderen mechanischen Reizerscheinungen sich normal verhielten. Diese Erscheinungen, fibrilläres Zucken und Erhöhung der idio-muskulären Erregbarkeit, gingen auf völlige Enthaltung gänzlich zurück.

Dass gelegentlich infolge einer acuten Tabaksintoxication allgemeine Krämpfe eintreten, scheint sicher zu sein, dass aber jemals eine Epilepsie auf chronische Tabaksvergiftung zurückzuführen sei, ist trotz vereinzelter Berichte dieser Art sehr unwahrscheinlich. Ich habe niemals einen Fall von ausgesprochener Epilepsie gesehen, bei welchem nicht neben dem Tabak andere Momente eine wichtigere und hervorragendere aetiologische Rolle spielten. Dieselbe Ansicht vertritt auch Gowers.

Die Wirkung der chronischen Tabaksintoxication auf die sensiblen Nerven und speziellen Sinnesnerven, ist eine nicht unerhebliche. Kopfdruck und Kopfschmerz sind wohl die sensiblen Störungen, welchen wir am häufigsten begegnen, doch stehen sie, was Frequenz anbelangt, den Neuralgien und Hyperästhesien nicht weit voraus. Dass toxische Einflüsse oft eine Neuralgie hervorbringen, ist allgemein anerkannt; besonders gilt diese Bemerkung für Alcohol, Blei, Zucker und andere Momente, nur über eine vorkommende Tabaksneuralgie findet sich wenig präzises. Neuritis in Folge von CO-Vergiftung habe ich selbst beobachtet, was ich an anderer Stelle veröffentlicht habe. Dasselbe Agens, welches eine Neuritis hervorbringt, kann aber auch einen einfachen Reiz eines sensiblen Nerven, d. h. eine Neuralgie, verursachen. Weil nun gerade die sensiblen Störungen bei chronischer Tabaksvergiftung klinisch eine Mischform zwischen Neuritis und Neuralgie darstellen, glaube ich auch, dass diese Erscheinungen als CO-Störungen aufzufassen sind. Der häufigste Sitz dieser Störungen liegt nach meiner Erfahrung in dem Ulnaris Inferior, in dem Plexus Lumboabdominalis, und in der Ausbreitung des Cruralis. Ueber die Neuralgien des Ulnaris kann ich dem schon unter Herzstörungen gesagten nichts zufügen. Die Tabaksneuralgie des Plexus Lumboabdominalis äussert sich vorwiegend als eine Hyperästhesie resp. Schmerz im Penis und Scrotum; die des Cruralis betrifft die vordere Schenkelfläche, hat mehr den Character einer Neuritis und geht daher gewöhnlich mit Hypästhesie, ja auch ausnahmsweise mit

Analgesie einher. Diese Neuralgie halte ich klinisch für überaus wichtig.

Die übrigen Erscheinungen der chronischen Tabaksvergiftung, wie sie sich durch Störung der Sinnesorgane documentiren, kann ich kurz zusammenfassen. Die Schwierigkeiten, welche sich auch sonst bei Beurtheilung der specifischen Intoxicationswirkung des Tabaks aufwerfen, sind hier nicht geringer, und ganz besonders bei Beurtheilungen der toxischen Amblyopie sind sie in hervorragendem Masse vorhanden. Es werden eben von den meisten Patienten Tabak und Alcohol zugleich gebraucht, und, was noch wichtiger ist, sind die Augensymptome dieser einzelnen Gifte einander so ähnlich, dass die individuellen Krankheitsbilder schwer oder gar nicht auseinander zu halten sind. Ebenso ist man über die direkte und relative Schädlichkeit der beiden Stoffe durchaus nicht einig, denn die englischen Augenärzte schreiben dem Tabak den grösseren Einfluss zu, während die deutschen Aerzte beide Gifte für ungefähr gleich schädlich halten, und amerikanischerseits viele mit Roosa übereinstimmen, welcher überhaupt bezweifelt, dass der Tabak allein im Stande sei, eine Amblyopie zu verursachen.

Die Erläuterung dieser subjectiven und objectiven Störungen der Sehkraft infolge übermässigen Tabaksgebrauches überlasse ich berufener Seite. In diesem Zusammenhang möchte ich aber auf die von mir und anderen beobachteten, aber wie es scheint, wenig bekannten Pupillenstörungen, aufmerksam machen. Ich selbst habe mehrfach gesehen, dass bei starken Rauchern das Lumen der Pupillen sehr klein sein kann, und dass sich sogar, wie in einem Falle, eine ausgeprägte Myosis vorfinden kann. In diesem hier angedeuteten Falle contrahirten sich die Pupillen trotz ihrer Kleinheit auf Lichteinfall unverkennbar, blieben aber bei Fixation und Convergenz von unverändertem Caliber. Uhthoff hat ein Mal reflectorische Pupillenstarre nach Tabakmissbrauch beobachtet.

Ueber Störungen des Gehörs, des Geruchs und des Sexualsystems (Schwächung der Potenz) liesse sich noch viel sagen, allein die angemessene Zeit ist schon längst überschritten; sei mir nur noch vergönnt, eine einzige, von den bisher beschriebenen Störungen getrennte Thatsache, welche von praktischer Wichtigkeit ist, zu erwähnen; es ist das transitorische Vorkommen von Spuren von Eiweiss im Urin starker Raucher.

Dieses Vorkommen wird sonst nur von Auld erwähnt. Meine Aufmerksamkeit wurde diesem zuerst zugelenkt, als ich bei einem meiner Patienten, welcher von einer Lebensversicherungsgesellschaft abgewiesen wurde, nach der Ursache dieser Abweisung fahndete, und einen aussetzenden Puls mit Spuren von Eiweiss im Urin vorfand. Patient war 35 Jahre alt, hatte seit seinem 18ten Jahre stark geraucht, und litt häufig an Störungen der Herzthätigkeit. Nach dieser von mir vorgenommenen Untersuchung wurde der Tabaksgenuss verboten. Eiweiss liess sich noch während 8 Tagen im Urin nachweisen, verschwand dann aber, um auch nicht wiederzukehren.

Zu bemerken sei noch, dass Patient Alcohol in Form von Wein und Bier mässig zu sich nahm, diese Gewohnheit aber nach wie vor beibehielt. Seitdem habe ich mehrfach kleine Quantitäten Eiweiss bei sehr starken Rauchern im Urin vorgefunden, welches nach Abstinenz oder sogar bei Einschränkung des Genusses recht bald verschwand. Es muss sich hier um einen directen Reiz der Nieren durch das von ihnen ausgeschieden werdende Nicotin handeln. Allerdings kommt auch transitorische Albuminurie, aber immer mit Glycosurie gepaart, nach akuter Kohlenoxydvergiftung vor.

Die Therapie der chronischen Tabaksintoxication ergiebt sich aus dem Erkennen der Krankheitsursache, nur soll nochmals erwähnt werden, dass Einschränkung des Tabaksgebrauches im Allgemeinen nicht viel nützt, sondern dass zur Hebung der angeführten Störungen eine totale Abstinenz erforderlich ist.

Bei mehr akuten Vergiftungen sind auch Abführmittel, warme Bäder und bittere Magenstimulantien zu empfehlen. Wegen des Kohlenoxyd-Antheiles an derartigen Vergiftungen würde nach Schlosser als Gegengift eine Lösung von Extractum secalis cornuti gelten können. Zur Bekämpfung der länger dauernden Schwindelanfälle kenne ich kein besseres Mittel als eine subcutane Aether-Einspritzung, welche einen derartigen Vertigo immer in einigen Minuten verdrängt. Mit dem absoluten Verbote des Rauchens sei man aber doch etwas vorsichtig, nicht etwa wegen zu befürchtender Abstinenzerscheinungen, denn solche kommen nicht vor, aber wegen der Wirkung des Tabaks auf die Muskeln des Darmes.

Häufig habe ich eine bedeutende Zunahme einer bestehenden Constipation oder gar das Hervorbringen einer solchen beobachtet, wenn der Tabak vollständig aufgegeben wird. Bei

vielen meiner neurasthenischen Patienten ist der Tabak, und wenn auch nur in Form einer einzigen Cigarre, das beste Mittel zur Anregung der Darmthätigkeit.

Zum Schlusse möchte ich noch anführen, dass vielerseits behauptet wird, dass nur diejenigen Physiologen und Aerzte schädliche Folgen aus Tabakrauchen erkennen, welche selbst nicht rauchen, diejenigen hingegen nicht, welche selbst starke Raucher sind.

Die Aerzte, welche selbst nicht rauchen, dürften aber nach Plato überhaupt nicht urtheilen, denn in seinem Buche vom Staate schliesst er die Aerzte aus mit der Beschränkung, dass er einige und zwar solche, Aerzte dulden wolle, welche möglichst viele Krankheiten selbst durchgemacht haben, aber danach wieder gesund geworden sind. Den Aussprüchen dieses Philosophen würde ich bezüglich des heutigen Themas sicherlich genügen, denn infolge meines Tabaksmissbrauches habe ich verschiedene der oben angeführten Störungen an mir selbst erlebt.

663 Madison Avenue, N. Y.

Ueber den wirthschaftlichen Niedergang in der ärztlichen Praxis.*)

Von

Dr. W. Freudenthal,

Präsident der Deutschen Medicinischen Gesellschaft der Stadt New York.

Da ich erst vor einigen Monaten die Ehre hatte, vor Ihnen einen längeren wissenschaftlichen Vortrag zu halten, so will ich heute davon abstehen, und Sie erlauben mir wohl von dem Privilegium, das einem Präsidenten bei solchen Gelegenheiten zusteht, Gebrauch zu machen und über allgemeine medicinische Angelegenheiten hier einige zwanglose Worte zu sagen. Ich habe mir als Thema gewählt: Der wirthschaftliche Niedergang in der medicinischen Praxis.

Es unterliegt wohl keinem Zweifel, dass für viele Aerzte der Kampf ums Dasein immer schwieriger wird. Die mannigfachen wirthschaftlichen Krisen der letzten Jahre haben das hier ganz besonders zum Ausdruck gebracht. Es scheint für die grosse Masse der Collegen immer schwieriger zu werden, für sich und ihre Familien auf anständigem Wege einen Unterhalt schaffen zu können, und es werden daher in dem Wettrennen um die Praxis häufig Mittel gebraucht, die vom Standpunkte der Ethik absolut nicht zu rechtfertigen sind. So sehr wir diese Praktiken auch verwerfen müssen, so finden wir doch zuweilen Gründe der Entschuldigung, wenn wir bedenken, wie schwer es oft einem Arzte gemacht wird, nicht nur eine Praxis zu erwerben, sondern auch die schwer erworbene Praxis zu erhalten. Versuchen wir also auf Mittel zu sinnen, dieser wirthschaftlichen Nothlage unseres Standes abzuhelfen, um so das beste Präventivmittel gegen Auswüchse zu schaffen.

Wenn wir uns nun fragen, woher denn dieser ökonomische Rückgang komme, so müssen wir demselben verschiedene Ursachen zuschreiben. Wenn wir von der ungeheuren Ueberfüllung des ärztlichen Berufes absehen, da ich diesen Punkt hier nicht besprechen will, so sind die Ursachen darin zu suchen, dass 1) Andere uns unsere legitime Praxis zum Theil

*) Antrittsrede, gehalten am 4. Januar 1897.

wegnehmen und 2) dass wir durch eigenes Verschulden einen nicht unwesentlichen Theil unseres Einkommens einbüssen.

Wir verlieren einen bedeutenden Theil unserer Clientel an Marktschreier, Wunder-Doctoren, Natur-Aerzte, Wasser- und Luftpfuscher, und wie die Quacksalber alle heissen mögen. Mit diesen Leuten können und wollen wir in keinen Wettbetrieb eintreten, und doch ist es eine einfache Pflicht gegen die Humanität, wenn nicht gegen uns selbst, wenn wir denselben ihr Handwerk legen. Doch, müssen wir uns fragen, woher kommt es, dass selbst gebildete Leute so zahlreich in die Hände von Quacksalbern fallen? Nicht allein, dass die Patienten noch immer daran gewöhnt sind, als wichtigstes Aequivalent für ihre Bezahlung ein Recept vom Arzte zu verlangen, das sie von allen ihren Uebeln befreien soll, nein nicht nur sie, sondern leider häufig genug auch der Arzt vergisst über dem Recept die so wichtigen hygienischen Massnahmen. Es ist wohl nicht zu viel gesagt, wenn ich behaupte, dass ein Drittel unserer Patienten durch Luft und Wasser, in rationeller Weise angewendet, wirklich kurirt werden können. Es ist keine Einbildung der Tausende von intelligenten Patienten, die den Pfarrer Kneipp aufsuchten, dass sie kurirt werden. Es sind Thatsachen, die trotz der unsinnigen Kräuter, die Kneipp zuweilen zu verschreiben beliebt, nicht abzuläugnen sind. Ich glaube kaum, dass wie die Sachen heute stehen, ein Arzt einen derartigen Erfolg hätte erzielen können. Man hätte ihn ohne Eisen, ohne Strychnin und Arsenik kaum ernstlich genommen.

Unser Zeitalter krankt an der Stuben- oder wie man sie eher nennen sollte: Gefängnissluft. Derjenige nun, der den Patienten dazu verhilft, mit der frischen Atmosphäre in nähere Berührung zu kommen, wird diese Patienten heilen, mag er Luft- oder Wasser-Doctor, oder wie sonst immer heissen. Solcher Patienten giebt es aber eine Menge in den Wartezimmern der Collegen, mögen sie allgemeine Praktiker, oder Hals- oder Haut- oder Frauen-Aerzte sein. Es sollte also unsere Aufgabe sein, solche Patienten, die legitimer Weise uns gehören, auch für uns zu erhalten und nicht in die Hände von Pfuschern fallen zu lassen.

Wenn, um etwas anderes zu erwähnen, zehntausende von Kranken — ich spreche von Thatsachen und ohne Uebertreibung — wenn Zehntausende, sage ich, zu dem Knochen einer Heiligen in unserer erleuchteten Stadt

pilgern, so wirft das nicht nur ein grelles Licht auf die Urtheilslosigkeit der Menge, sondern auch auf die Indolenz der Aerzte, die nichts thun, um das Volk vor solchem Schwindel zu bewahren. Der folgende Fall ereignete sich in meiner eigenen Praxis: Nachdem die Wunderkraft des gen. Knochens in allen Zeitungen ausposaunt war, las man eines Tages, selbst in anständigeren Zeitungen, dass eine bekannte Schauspielerin wie mit einem Schlage von ihrer mehrjährigen Heiserkeit durch diesen Knochen geheilt worden wäre. Die Patientin, so hiess es weiter, wäre bei den „berühmtesten Spezialisten New York's und Philadelphia's" gewesen, ohne Heilung erzielen zu können und jetzt mit einem Schlage die Wunderkraft! Auch ich war einer dieser „berühmtesten Spezialisten", und zwar der letzte. Nun, es vergingen keine zwei Wochen, ehe dieses luetische, alcoholische und moralisch vollständig verkommene Frauenzimmer wieder in meiner Sprechstunde erschien. Auf meine berechtigte Frage, was sie eigentlich jetzt bei mir wolle, antwortete sie mit einer Unverfrorenheit, die ihres Gleichen suchte, es wäre ihr nur um die Zeitungs-Reklame zu thun gewesen und ich möchte sie doch nicht verrathen. Haben wir ein Recht, derartiges vor unseren Augen geschehen zu lassen, oder sollten wir nicht vielmehr offen und vor aller Welt dagegen Front machen? Der Einzelne vermag wenig oder gar nichts dagegen zu thun und eine Abhilfe ist nur von der Gesammtheit zu erwarten, wenn geschlossen vorgegangen wird.

Ich kann es ferner auch nur als Schwindel bezeichnen, wenn in den Zeitungen durch die "Talks with the Doctor" oder "Doctors Advice" auf brieflich eingegangene Symptome und Klagen nicht nur unschuldige Mittel empfohlen, sondern höchst toxisch wirkende Mittel in grossen Dosen angerathen werden. Dieser Betrug wird noch erhöht, wenn der betreffende Rathgeber ein an einer hiesigen angesehenen Klinik angestellter Arzt ist.

Ich komme jetzt auf einen anderen Punkt zu sprechen. Wenn wir die Masse der Patienten als ein Ganzes betrachten, so haben wir einen Theil unserer Praxis mit Anderen zu theilen, nämlich den Eklektikern und Homoeopathen. Es ist mir bisher unmöglich gewesen, zu ergründen, weshalb die Eklektiker eine besondere sog. „Schule" haben. Da sie aber lege rei publicae autorisirt sind zu practiziren, so kann ich dagegen

nichts einwenden. Die Anzahl ihrer Anhänger ist auch nicht so bedeutend, um wesentlich in's Gewicht zu fallen.

Anders verhält es sich mit den Homoeopathen. Diese sind nicht nur numerisch viel zahlreicher, sondern sie haben auch einen Einfluss im öffentlichen Leben erreicht, der dem der sog. Allopathen sehr nahe kommt. Zu erinnern brauche ich Sie nur daran, dass zum grossen Theil die höchsten Staats-Behörden in New York auf ihrer Seite zu finden sind. — Auch von diesen können wir lernen. Ein hiesiger bekannter Homoeopath sagte einmal, die wunderbarsten Kuren, die er vollbracht hätte, wären immer bei denjenigen Patienten gewesen, die von allopathischen Aerzten mit Medicamenten überhäuft worden waren. Diese wären besser geworden, wenn er ihnen einfach sämmtliche Medicinen entzog. Der Mann hatte Recht, denn es ist wunderbar, in welcher Weise selbst junge Kinder mit allen möglichen differenten Mitteln gefüttert werden. So wird, um bei diesem Beispiel zu bleiben, der Magen bei eigentlich gesunden Kindern häufig so sehr mit Droguen überfüllt, dass er schliesslich weder diese, noch überhaupt etwas verdauen kann, und diese Kinder werden immer anämischer, trotzdem ihnen eigentlich nichts fehlt, als eine Besserung der Diät und allgemeine hygienische Massnahmen. — Die Homoeopathen scheinen solche Zustände besser beurtheilen zu können, als die Masse der allopathischen Aerzte — oder besser gesagt, sie sind darauf angewiesen, und scheinbar ziehen sie auch in höherer Potenz ihre Vortheile daraus.

Ein anderer wichtiger Factor, der den Homoeopathen zu Gute kommt, ist das Dispensiren von Medicamenten. — Meine Herren! Wir geben dem Patienten ein Recept in die Hand, mit dem er nach Belieben schalten und walten kann, da er es als sein Eigenthum betrachtet. Nicht nur, dass er dasselbe ad libitum, für seinen eigenen Gebrauch wiederholen lässt, nein, auch sämmtliche Verwandte und Freunde werden damit tractirt, wenn es einmal geholfen hat. Der Schaden ist nicht nur auf Seiten des Patienten, sondern noch mehr auf Seiten des Arztes. Dass Jemand, der zufällig Husten oder Magenbeschwerden hat, dieselbe Medicin nimmt, die seinem Freunde geholfen hat, der zufällig im Verlaufe einer ganz anderen Krankheit ähnliche Symptome hatte, ist schliesslich seine eigene Sache. Er kann seine Gesundheit untergraben, wenn es ihm so gefällt. Der Staat aber hat wohl ein Recht, derartiges zu verhindern. Andererseits aber verstehe ich

nicht, weshalb Jemand, der für ein Recept bezahlen kann, dies umsonst bekommen soll. Der Homoeopath, meine Herren, weiss alles dieses zu umgehen, indem er dem Patienten die Medicin direkt verabfolgt. Dadurch behält er den Patienten nicht nur fortwährend unter seiner Controlle, indem die Wiederholung eines Receptes nur durch ihn möglich ist, sondern er erreicht noch einen anderen höheren Zweck damit. — Bevor unsere Durchschnitts-Patienten sich ein Recept ausfertigen lassen, fragen sie den Arzt nach dem Wesen, der Wirkung des Mittels u. s. w. Dann wird nochmals der Apotheker consultirt, dann das Conversations-Lexicon, und schliesslich kommt noch das Schlimmste aller Uebel: Die Zeitungen. Stimmt alles genau überein, sehr schön — aber wie oft trifft das wohl zu? Gewöhnlich aber dienen diese Informationen nur dazu, den Patienten nur noch mehr in einen Zustand nervöser Erregung zu versetzen. — Oder eine Patientin, der wir immer mit Antipyrin ihre Beschwerden beseitigt haben, quält uns immer wieder mit der Frage: Hat man noch nichts Neues gegen meine Krankheit gefunden? Nun, erfinde mal Einer immer etwas für solche Patienten. Geholfen wird ihnen oft nur dann, wenn sie nicht wissen, was sie zu nehmen haben. Ganz ähnlich verhält es sich mit der Masse hysterischer Kranken, die absolut eine Flasche Medicin haben müssen. Würden wir solchen Patienten, ut aliquid fiat, nur minimale Dosen irgend eines Mittels verschreiben, dann wird der Apotheker oder sonst Jemand ihnen das bald mittheilen, und wir werden als Charlatans verschrieen sein. Oder wenn wir gar chemische Namen anwenden, oder, wie das von Greifswald aus empfohlen wurde, griechische Lettern beim Receptiren gebrauchen, so passirt uns häufig dasselbe oder ähnliches. Der Homoeopath kann solche Patienten viel leichter kuriren, denn er giebt ihnen direkt ganz indifferente Mittel, deren Namen und Wesen den Patienten unbekannt sind. Dies mag jesuitisch klingen oder paradox. Aber dem Arzt ist das Hilfsmittel, um eine Kur zu erzielen, völlig in die Hand gegeben, und auf welchem Wege dies geschieht, mag nicht gleichgiltig sein. Eine derartige Täuschung halte ich jedoch für ebenso berechtigt, als die Anwendung der Hypnose und Suggestion. Freilich in welcher Weise dies geschehen müsste, ob der Arzt seine Medicamente selbst dispensiren, oder ob er vielleicht chiffrirte Recepte in Anwendung bringen sollte — das muss der Entscheidung der Gesammtheit überlassen werden.

Eine Reform nach dieser Richtung hin ist aber entschieden nothwendig.

Der dritte und wesentlichste Factor, der das Einkommen der Aerzte so bedeutend schmälert, ist die unerhörte Ausbeutung der Polikliniken und Hospitäler durch BEMITTELTE PATIENTEN. Es ist schon so viel über diesen Gegenstand gesprochen und geschrieben worden, dass ich nicht glaube, irgend etwas Neues anführen zu können. Geradezu haarsträubend waren aber die Zahlen, die Dr. Gray neulich anführte. Nach ihm wurden in der Stadt New York bei einer Bevölkerung von 1,851,060 in einem Jahre beinahe 800,000 Personen frei behandelt! Es ist wohl wahr, dass darunter auch Patienten von ausserhalb der Stadt waren, und dass so manche von einer Klinik in die andere laufen, also öfters als ein Mal gezählt werden. Aber ungeheuer bleiben diese Zahlen doch, und wir können uns G. nur anschliessen, wenn er sagt: er habe das grösste Mitgefühl für diejenigen Armen, die unserer Hilfe wirklich bedürfen, aber er wäre gerecht genug, um der Collegen, die in Armuth leben, auch zu gedenken. — Unsere Gesellschaft interessirt dies ebenso wie jeden Einzelnen von uns, und wir wollen hoffen, dass die Untersuchung, die jetzt im Gange ist, diesem Uebelstande dauernd abhelfen wird.

Meine Herren. Keinem wird es so schwer gemacht, wie dem practischen Arzte, das Ideal, mit dem er die Universität verlässt, aufrecht zu erhalten. Im Kampfe um ein menschenwürdiges Dasein erhält er von der Hand des Schicksals Schlag auf Schlag, und er sieht sein Ideal in steter Gefahr, zertrümmert zu werden. Wollen wir dies also verhindern, und wollen wir uns noch wenigstens eine Spur von unserem Idealismus erhalten, dann muss die Stellung des Arztes eine Achtung gebietende sein, und um dies individuell zu ermöglichen, sollten wir zunächst versuchen, die finanziellen Sorgen der Collegen wenigstens zu erleichtern. Nur wenn der Arzt sein wenn auch bescheidenes Auskommen hat, wird er im Allgemeinen von der Bahn der Ethik und der Standesehre nicht abweichen.

Referate und Kritiken.

Lehrbuch der Krankheiten der Verdauungsorgane von Wilhelm Fleiner. I. Hälfte. Stuttgart. Verlag von Ferd. Enke, 1896.

An Lehrbüchern über die Krankheiten der Verdauungsorgane, speciell des Magens, ist gewiss kein Mangel mehr — überreich haben die letzten 10 Jahre uns damit beschenkt. Wenn gleichwohl hier noch ein neuestes Buch aus dieser Gruppe angezeigt und gerade dem Praktiker besonders warm empfohlen wird, so geschieht dies aus folgenden Gründen:

Man muss sicherlich anerkennen, dass die modernen Untersuchungsmethoden wesentliche Fortschritte in der Erkenntniss und auch in der Behandlung der Magenkrankheiten gezeitigt haben und Referent ist der Letzte, der das bestreiten würde. Etwas anderes ist es aber, wenn man die frisch gewonnenen und meist keineswegs eindeutigen Resultate dieser modernen Methoden immer wieder zur Grundlage neuer und anhaltend veränderter Krankheitsbilder macht. Wer Lehrbücher über Magenkrankheiten aus den letzten Jahren gelesen hat, wird wissen, bis zu welcher Ausdehnung dies thatsächlich geschieht: Einzelne markante Symptome müssen dazu dienen, unter dem Namen des Symptoms Krankheitszustände zusammenzufassen, denen zwar das betreffende Symptom gemeinsam ist, die aber in anderer Hinsicht sehr verschiedener Dignität sind. Ja selbst die dürftigen Ergebnisse kaum geprüfter und noch viel weniger erprobter Untersuchungsmethoden genügen schon zur Construction solch' neuer Krankheiten. Das trägt nicht zur Aufklärung bei, das kann nur verirren und beruhigend ist dabei nur die Sicherheit, dass auch noch so gelehrt klingende griechische Taufnamen diese haltlosen Gebilde nicht vor dem baldigen Vergehen und Vergessen schützen können.

Fleiner's obengenanntes Buch enthält nichts von derartig einseitigen Betrachtungsweisen. Fleiner hat seine Kenntnisse auf dem Gebiet der Verdauungskrankheiten in langjähriger, gemeinsamer Thätigkeit mit Kussmaul gesammelt und allenthalben spricht aus seiner Abhandlung die gereifte Erfahrung dieses genialen und umfassend gebildeten Klinikers, dem wir nicht nur die Begründung und das Fundament, sondern auch die wichtigsten Bausteine zum Weiteraufbau der modernen Magenpathologie verdanken. Bekanntlich stammen ja auch die grundlegenden Arbeiten über den Magenchemismus aus Kussmaul's Klinik; aber die Ergebnisse der chemischen Untersuchungsmethoden wurden von ihm so wenig wie die Ergebnisse irgend einer anderen Methode je einseitig in den Vordergrund gerückt, sie wurden vielmehr nur verwerthet in Verbindung und unter voller Mitberücksichtigung der Ergebnisse aller anderen Hilfsmittel und Methoden, sie dienten ihm als ein Mittel unter vielen zur Klärung und Deutung der in breitem klinischen Rahmen gefassten und auf sicherer pathologisch-anatomischer Unterlage fundirten Krankheitsbilder. Dieser Geist herrscht auch in Fleiner's Buch, das überall auf dem festen

Boden pathologisch-anatomisch und klinisch sichergestellter Thatsachen ruht. Die Ergebnisse neuer und neuester Arbeiten sind dabei soweit aufgeführt, als sie sich ohne Zwang in die Grenze fügen, sie füllen keineswegs den Vordergrund, sondern finden ihren Platz neben und mit älteren Thatsachen und Methoden. Mag sein, dass das Buch dadurch auf den ersten Blick wenig modern erscheint, dafür sichert ihm aber derselbe Umstand auch einen weit längeren Bestand. Gerade das aber muss es dem Praktiker besonders werthvoll machen, der den anhaltenden Schwankungen in der Auffassung der noch in vollem Fluss befindlichen Untersuchungen auf diesem Gebiet nicht zu folgen vermag.

Noch nach einer anderen Richtung hin wird dieses Buch dem praktischen Arzt viel Belehrung und Befriedigung bieten, mehr in der That, als irgend eines der bisher veröffentlichten Lehrbücher über Magenkrankheiten, das ist auf dem Gebiete der Therapie. Hier hat Fleiner, wie er sich selbst ausdrückt, „frei aus dem reichen Erfahrungsschatz unseres grössten therapeutischen Meisters geschöpft" und jedes Kapitel giebt laut Kunde davon. Alle therapeutischen Massnahmen sind dabei gleich eingehend behandelt, es finden sich u. A. ausführliche Beschreibungen der mechanischen Behandlungsmethoden nach den altbewährten Regeln, wie sie Kussmaul erprobt, ferner allenthalben eingehende Erörterungen über das schwierigste Capitel auf diesem Gebiet, über Diätetik, und namentlich auch eine klare und mit ausgezeichneter Casuistik illustrirte Besprechung der Indicationen zu operativen Eingriffen. Die geschickte Einstreuung und Benützung instructiver Krankengeschichten verleiht dem Buche überhaupt eine belebte Darstellung.

Das Buch wendet sich an den praktischen Arzt. Aber auch dem, der sich eingehend mit diesem Gebiet befasst hat, bringt es Belehrendes und Wissenswerthes in Hülle und Fülle. Es ist hier nicht der Ort, darauf sowie auf die Anordnung des sehr reichhaltigen Buches im Einzelnen einzugehen, so wenig als es die Absicht des Referenten sein kann, unter den von Fleiner vorgebrachten Anschauungen die besonders zu notiren, denen Ref. nicht beistimmen kann. Nur sei es gestattet, auf einige Capitel speciell hinzuweisen, in erster Linie auf die ausgezeichnete Bearbeitung des Capitels über Form-, Grössen- und Lageveränderungen des Magens, welches die moderne Publicistik so unnöthig verwirrt hat; weiterhin auf die vortreffliche Besprechung der Neurosen und Psychosen gastrischen Ursprungs; es verdienen ferner specielle Erwähnung die Capitel, in denen einzelne Symptome und Symptomengruppen gesondert besprochen werden, so z. B. das Capitel über Magenblutungen, über motorische Insufficienz, Erschlaffung und Erweiterung des Magens u. s. w. Für den amerikanischen Arzt aber zu knapp gerathen sind die Capitel über die eigentlichen Neurosen des Magens; indessen auch in ihrer Knappheit gebührt ihnen das Lob nüchterner und objectiver Darlegung.

Fleiner hat den Erkrankungen des Magens eine Besprechung der Krankheiten der Mund- und Rachenhöhle, sowie der Speiseröhre vorausgeschickt. Die Bearbeitung der Krankheiten der Speiseröhre ist eine ausführliche und ausgezeichnete und steht in allen Theilen auf

derselben Höhe mit der Bearbeitung der Magenkrankheiten; auch hier wie bei den Magenkrankheiten fusst die Darstellung auf reicher eigener Erfahrung.

Die Krankheiten der Mund- und Rachenhöhle sind kürzer behandelt. Es muss überhaupt fraglich erscheinen, ob es zweckmässig ist, in einem Lehrbuch über die Krankheiten der Verdauungsorgane auch acute Infectionskrankheiten, wie Diphtheritische und andere Anginen zu besprechen, ebenso wie sich darüber streiten lässt, ob die chronischen Erkrankungen des Rachens und Nasenrachenraums z. B. in eine solche Darstellung gehören. Ganz am Platze aber sind die Krankheiten der Speicheldrüsen, denen ein besonderer Abschnitt gewidmet ist.

Das vorliegende Buch umfasst nur die erste Hälfte des Werkes. Eine zweite Hälfte ist in Aussicht gestellt und wird hoffentlich bald erscheinen. Sie wird von Jedem mit Spannung erwartet werden, der sich den Genuss der Lectüre dieser ersten Hälfte bereitet hat.

Kaufmann.

Atlas und Grundriss der Verbandlehre, für Studirende und Aerzte. Von Dr. Albert Hoffa.

Lehmann's medicinische Handatlanten. Band XIII. München, 1897. Verlag von J. F. Lehmann.

Die Vorzüglichkeit und der praktische Werth der bisher erschienenen Lehmann'schen Handatlanten ist allgemein anerkannt, und es möge gleich von vornherein bemerkt werden, dass sich Hoffa's Verbandlehre den früheren Bänden zum mindesten würdig anreiht.

Was zunächst die Ausstattung des Buches betrifft, so sind sämmtliche Illustrationen, im Gegensatz zu den früher üblichen schematischen Zeichnungen, in der Weise angefertigt worden, dass die wirklich angelegten Verbände photographirt und nach diesen Photographieen gemalt wurden. Das Resultat ist eines, zu dem man sowohl dem Autor, wie dem Verleger, gratuliren kann.

Ist auch das Buch naturgemäss hauptsächlich zum Gebrauch für Studenten bestimmt, so bietet es doch eine derartig unerwartete Fülle des Materials, insbesondere auch der neueren Verbandmethoden, dass auch der erfahrene praktische Arzt manche werthvolle Winke daraus für sich entnehmen kann.

Nachdem in äusserst klarer Weise, die kein Missverständniss zulässt, die typischen Binden- und Tuchverbände dargestellt sind, wendet sich Verfasser zu den Wundverbänden und gibt hierbei zunächst praktische kleine Winke für kleinere Verbände, wobei auch die Schleich'sche Pasta cerata und der Unna'sche Zinkleimverband ihren Platz finden. H. gibt hierauf eine ganz interessante kurze Uebersicht über die Entwickelung der Wundverbände, vom typischen Lister Verband an, und der Volkmann'schen Modification, sowie den anderen antiseptischen Verbänden bis zum heutigen aseptischen Dauerverband. H. schildert nun in ansehnlicher Weise die grösseren Wundverbände an den einzelnen Körpertheilen, worunter auch der sonst vernachlässigte Dammverband, und der Volkmann'sche Hydrocelenverband nicht übergangen wird. Durchweg wird hierbei auf die erfahrungs-

gemäss vorkommenden Fehler aufmerksam gemacht und zugleich angegeben, wie dieselben zu vermeiden sind.

Hieran schliessen sich die Lagerungsverbände, mit Kissen, Laden, schiefer Ebene, Stehbett etc. Hierauf folgen die Contentivverbände, unter welchem Titel die amoviblen Verbände und die inamoviblen Verbände aus Gyps, etc., beschrieben werden. Unter den ersteren finden Holz, Pappe, Blech, Aluminium, Draht, plastischer Filz, Guttapercha ihren Platz, während bei den erhärtenden Verbänden zunächst die Anwendung des Gypses dargestellt wird. Dass H. den Gypsverband mit Watte, Filz, Tricotschlauch etc. unterpolstert wissen will, ist wohl berechtigt, da die angegebenen Methoden absolut zuverlässige sein sollen, deren Ausführung keine allzufeine Technik erfordern darf, während die sonst entschieden in jeder Beziehung vorzuziehenden Gypsverbände auf die nackte Haut immerhin eine spezielle Uebung erfordern.

Nach dem circulären Gypsverband schildert H. die abnehmbaren Gypshülsen und Schienen nach Beely, Braatz, Albers, u. s. w.

Beim Wasserglasverband wird der werthvolle Wink gegeben, dass die sonst störende Eigenschaft des langsamen Erhärtens des Wasserglases durch Zusatz von Magnesit umgangen werden kann. Es folgen eine Reihe anderer Verbandmaterialien, wie Leim, Holzleim, Cellulose etc.

Den Schluss bilden die Zugverbände, wobei auch der Gehverband besprochen wird (ambulante Behandlung der Fracturen), und die Schienenapparate. Ungern vermissen wir dabei die Erwähnung der Phelp'schen Schiene.

Hoffa hat uns mit diesem eben besprochenen Buch ein Werk an die Hand gegeben, das nach der Ansicht des Ref. nicht nur seinen Zweck besser erfüllt, wie die früher hierüber erschienen Schriften, sondern auch seinen Ruf als gründlichen medicinischen Schriftsteller von klarster Darstellungskraft voll bestätigt. K i l i a n i.

Handbook of Massage. By Gustaf Norström, M. D., of the Faculty of Stockholm. New York, 1896.

Der durch eine Reihe anderer Veröffentlichungen, die allerdings hier weniger bekannt sein dürften, da sie in französischer Sprache zu Paris erschienen sind, bekannte Autor bietet hiermit eine grössere Monographie, die Anspruch auf ein mehr wie gewöhnliches Interesse hat.

Die Technik der Massage als solche ist nur ausserordentlich kurz, wenn auch klar, beschrieben, während der übrige Theil des Buches sozusagen eine klinische Darstellung der Massage bildet, und den therapeutischen Effect bei den verschiedenen Krankheitsformen, in denen Verf. Massage anwendet, giebt.

Von besonderem Interesse ist eines der Anfangscapitel (Cap. III.) über die physiologische Wirkung der Massage; denn die Vorstellung eines Mannes, der die praktische Erfahrung eines beschäftigten Arztes, der sich nur mit Massage beschäftigt, mit der genauen Kenntniss der umfangreichen Litteratur auf seinem Gebiete verbindet, muss von Wert sein.

Die Hauptwirkung der Massage, in den Fällen, wo sie am meisten leistet, besteht in einem Fortschaffen von Stoffen, welche vom Körper pathologischer Weise in oder zwischen die Gewebe abgelagert worden sind: Blut, lymphartige Extravasate und dergl., wie bei Distorsionen, und feste und flüssige Ablagerungen bei hyperplastischer Arthritis, Gelenksteifigkeiten, Gelenkergüssen, Sehnenscheidenentzündungen etc. Die Art der Fortschaffung ist durch die klassischen Mosengeil'schen Experimente nachgewiesen, der die beiden Kniegelenke eines Kaninchens mit Tusche, welche sich bekanntlich ausserordentlich fein verteilen lässt, injicirte. Die eine Seite wurde massirt, die andere nicht. Auf der massirten Seite war die Flüssigkeit in centripetaler Richtung in die Lymphgefässe und Spalten am Oberschenkel getrieben, während auf der anderen Seite das Gelenk aufgetrieben blieb. Wiederholte Injection in dasselbe Gelenk zur Erhöhung des Druckes hatte dagegen einen total anderen Effect, indem die Tusche in das umgebende Bindegewebe und die intermuskulären Fascienscheiden als dem Ort des geringsten Widerstandes getrieben wurde, was übrigens auch durch ungeschickte Massage erreicht werden kann.

In den übrigen Capiteln behandelt N. der Reihe nach Massage bei Erkrankung der Gelenke, bei Fracturen, bei Affectionen des Muskelapparatus', des Nervensystems, des Circulationsapparatus', des Digestionstractus und schliesslich die gynäkologische Massage.

Da es unmöglich ist, in einem Referate alle diese Teile einzeln durchzugehen, so wollen wir das interessanteste Capitel, das der Muskelerkrankungen herausgreifen und kurz besprechen.

N. teilt dieselben in Erkrankungen der Muskeln im engeren Sinne und die der Sehnen ein. Die Darstellungsweise geschieht nach einer allgemeinen Besprechung an der Hand von wohl ausgesuchten klinischen Beobachtungen.

Die acute Myositis führt N. immer auf Muskelfaserzerreissung mit Blutaustritt zurück und zeigt, dass möglichst baldige Massage dieselbe jedesmal rasch beseitigt, während sie sonst leicht in das chronische Stadium übergeht.

Die chronische Form ist entweder, wie gesagt, ein Folgezustand der acuten oder sie ist, wie Froriep sich paradox ausdrückt, chronisch von Anfang an, welche gemeinhin mit dem Namen Rheumatismus belegt wird. Nach N.'s Auffassung ist Rheumatismus nur häufig eine prädisponirende Ursache. Jedoch begibt der Autor sich nicht auf das speculative Feld dieses dunklen Gebietes der Aetiologie, sondern hebt nur hervor, dass in allen diesen Fällen der geübte Untersucher in den befallenen Muskeln Knoten, Schwielen, Indurationen etc. findet, und dass sie durch richtige Massage im Gegensatze zu anderer Behandlung, die resultatlos bleibt, geheilt werden, noch dazu in relativ kurzer Zeit. (Ref. ist entschieden der Ueberzeugung nach Beobachtung einer Reihe von Fällen, dass bei durch Blutuntersuchung sicher nachgewiesener Malaria diese häufig als aetiologisches Moment angesprochen werden muss.)

Den Schreibkrampf fasst N. als Myositis in den allermeisten Fällen auf. Von 28 Fällen fand er bei 22 myositische Ablagerungen und Muskelentzündungen in den verschiedenen Stadien; dieselben wurden

geheilt. Von den 6 anderen, bei denen nichts nachgewiesen war, wurde nur einer leicht gebessert, die anderen nicht.

Nach einer Besprechung von Muskelcontracturen in Folge von verschiedenen Ursachen, wobei ungefähr alle Theorien hierüber zur Sprache kommen, ohne dass N. sich für irgend eine entscheidet, bespricht Verf. die Affectionen als Sehnenscheiden und erwähnt hierbei die wichtige Bursa der Achillessehne, welche in ihren Entzündungserscheinungen zu Symptomen führt, die sehr häufig falsch gedeutet werden.

Wie aus anderen kurzen Andeutungen zu ersehen ist, bietet das Buch eine Fülle des Interessanten. Es würde noch entschieden gewinnen, wenn es übersichtlicher gehalten wäre.

Kiliani.

SITZUNGSBERICHTE.

Deutsche Medicinische Gesellschaft in New York.

17 West 43. Strasse. — Sitzung vom 7. December 1896
Präsident: Dr. Willy Meyer.

Dr. L. Weber berichtet vor der Tagesordnung über die Vorbereitungen zum Stiftungsfest, und es wird endgültig beschlossen, dass die Feier des Festes am 19. Dezember in Tuxedo Hall stattfinden soll.

1. VORSTELLUNG VON PATIENTEN.

Dr. Bauer: Meine Herren. Ich erlaube mir, Ihnen ein merkwürdiges Kind vorzustellen, das von der Natur sehr schlecht beschenkt worden ist. Es fehlen nämlich demselben ganz und gar die Arme. Das Gesicht ist einseitig entwickelt, die rechte Seite etwas mehr als die linke Seite. Das Femur fehlt ganz auf der rechten Seite, das Kniegelenk ist dicht am Acetabelum und am rechten Fuss hat das Kind nur vier Zehen statt fünf; beide unteren Extremitäten befinden sich in Valgusstellung, welche links noch ausgesprochener ist als rechts. Das Kind ist drei Wochen alt, und die Mutter giebt an, dass sie im vierten oder fünften Monate ihrer Schwangerschaft ein "Museum-freak" gesehen, das ähnliche Missbildung gezeigt habe.

Dr. Max Einhorn: Meine Herren. Ich möchte Ihnen gern eine Patientin zeigen, an der vor etwa fünfzehn Monaten die Diagnose eines Magencarcinoms gestellt worden ist. Es lag damals an der kleinen Kurvatur, auf den Pylorus übergehend, und Dr. Willy Meyer hat sie im Deutschen Hospital operirt. Die Patientin hat in diesem Jahr 30 Pfund zugenommen, und obgleich der Tumor noch ganz gut zu fühlen ist, eher grösser als früher, so ist sie doch fähig gewesen, im ganzen Jahr ihren Haushalt zu versorgen, und fühlt sich ziemlich wohl. Sie bricht nicht, hat aber letzthin angefangen, wieder etwas Schmerz zu verspüren.

DEMONSTRATION VON PRAEPARATEN.

Dr. F. Lange (Demonstration von Nieren-Präparaten): Ich bin leider in der Lage, Ihnen die beiden Nieren einer Patientin demonstriren zu müssen, welche nach der Exstirpation der einen Niere zehn Tage nach der Operation unter urämischen Erscheinungen und Insufficienz des andern Organs zu Grunde gegangen ist. Die beiden Präparate demonstriren in der vollkommensten Weise einen Degenerationszustand der Niere, welchen man mit Cystenniere oder Hydrops cysticus renalis multiplex bezeichnen darf. Die Krankengeschichte ist kurz die, dass eine verheiratete Dame in der zweiten Hälfte der Dreissiger, welche angiebt, dass sie schon als Mädchen häufig die Empfindung eines sehr starken Leibes gehabt habe, nach wiederholten, in Zwischenräumen von längeren Jahren aufgetretenen Nieren-Blutungen schliesslich eine sehr starke Blutung bekam, welche nach den subjektiven Beschwerden zu urteilen, nach der linken Seite verlegt werden musste. Ich hatte diese Dame schon etwa vor einem Jahr

mit ihrem Hausarzt bei mir in der Office gesehen, und es waren auf beiden Seiten ziemlich grosse Geschwülste festzustellen, welche ich damals für die Nieren ansprach. Ich hatte damals Katheterismus der Ureteren vorgeschlagen, derselbe wurde aber abgewiesen. Die Dame kam dann im Oktober dieses Jahres wiederum zu meiner Beobachtung, und zwar infolge dieser sehr starken Harnblutungen, welche unter heftigen Beschwerden, heftigen kolikartigen Schmerzen verlaufen waren und die Patientin bis zu einem gewissen Grad anämisch gemacht hatten. Es waren damals auf beiden Seiten grosse Geschwülste festzustellen, und ich möchte beiläufig bemerken, dass diese Geschwülste von anderer Seite für die Leber und Milz angenommen waren. Es war mir zweifellos, dass der Tumor auf der linken Seite die Niere war, infolge der Lage des Colons, welches sehr charakteristischer Weise am Vorderrande der Geschwulst verlief. Ob aber die Geschwulst auf der rechten Seite ausschliesslich Niere war oder nur etwas vergrösserte Niere, welche von einer vergrösserten Leber überlagert war, musste zweifelhaft bleiben. Ich machte den Katheterismus der Nieren und bekam von der linken Niere fast reines Blut in geringer Menge, denn der Katheter verstopfte sich bald. Auf der rechten Seite bekam ich klaren Urin, welcher mikroskopisch auch etwas Blut aufwies, und in mässigem Grade Eiweiss enthielt. Das Blut war zweifellos in Folge des Katheterismus beigemischt. Die sonstige Zusammensetzung war derart, dass ich glaubte, es handle sich um ein relativ funktionsfähiges Organ. Ich war damals unter der Illusion, dass die ziemlich grosse Geschwulst, welche man rechts fühlte, zum Teil Leber sein müsse. Auffällig war freilich, dass auf der Höhe der Geschwulst, welche man dann der Leber zuweisen musste, eine kleine, zapfenförmige Erhebung zu finden war, wie man sie auf der anderen Seite mehrfach durch die Bauchdecken abtasten konnte. Meine Diagnose in Bezug auf die pathologische Veränderung der Nieren schwankte: Ich dachte an eine Komplikation mit Stein, an eine cystische Degeneration der Niere, und ich dachte auch an maligne Neubildung. Die Operation wurde am 30. Oktober dieses Jahres ausgeführt. Es stellte sich heraus, dass die Niere auf der linken Seite aus einem mässigen Convolut von Cysten bestand; das Organ war in einer solchen Verfassung, dass ich den Eindruck bekam, es könnte für den Haushalt des Körpers unmöglich viel mehr bedeuten, und da ich eben mir meine Meinung gebildet hatte, die relativ günstig war in Bezug auf die Funktionsfähigkeit des anderen Organs, so beschloss ich die Niere zu exstirpiren, was mir mit einiger Mühe auch gelang. Sie sehen das Organ aus einer Unmasse grosser und kleiner Cysten zusammengesetzt, von denen viele hämorrhagischen Inhalt haben, eine andere Anzahl enthält eitrige Masse. Dieselben sind zum grössten Teil eröffnet. Ich lasse dahingestellt, ob es reiner Eiter ist, es ist ein alter zerfallener Brei, in dem zellige Elemente so gut wie nicht mehr aufzufinden waren. Das Befinden der Patientin war in den ersten Tagen gut. Sie hat überhaupt bis zum zehnten Tage nie Temperatur über 101 gehabt. Die Funktion der Niere der anderen Seite hörte am dritten Tage vorübergehend vollständig auf, sodass einmal während 24 Stunden nur 75 Gramm entleert wurden, dann aber war auf mehrere Tage die Funktion annähernd normal. Am sechsten Tage aber wurde die Patientin somnolent. Die Somnolenz

nahm zu, die Patientin verfiel in tiefes Koma und verstarb darin am Anfang des elften Tages.

Ich habe bei dieser Patientin zu wiederholten Malen, um den Druck des Gefässsystems zu heben und das Herz etwas anzuregen, Infusionen von Kochsalzlösung, und zwar in grösserer Menge bis zu 1400 Gramm gemacht; indess war das Ende schliesslich nicht aufzuhalten, und wenn Sie nun das andere Organ hier daneben sehen, so werden Sie erklärlich finden, dass unter solchen Umständen allerdings von einer Aufrechterhaltung des Lebens nicht gut die Rede sein konnte. Die Sektion ergab, dass das, was ich für Leber plus Niere gehalten hatte, Niere allein war. Wir waren bei der Abtastung durch diesen kantenartigen, leistenartigen Vorsprung der Niere getäuscht worden. Die Leber war im Gegentheil verkleinert und enthielt auch nicht Cysten, was ja allerdings bei einer ganzen Anzahl solcher Fälle beobachtet worden ist. Soweit ich mich habe orientiren können, sind unter 61 zusammengestellten Fällen in 18 gleichzeitig Lebercysten konstatirt worden, eine sehr merkwürdige Thatsache, für die jede Erklärung bis jetzt fehlt. Sie sehen also, dass die Niere zusammengesetzt ist aus vielen grösseren und kleineren Cysten und dass das Nierenbecken nicht wesentlich dilatirt ist. Wir finden, dass eine Anzahl der Cysten auf dieser Seite ebenfalls hämorrhagischen Inhalt haben. Eitriger Inhalt ist auf dieser Seite nicht. Ich habe nun auch versucht, der Sache mikroskopisch näher zu treten, um ein Urteil darüber zu gewinnen, was wohl die Pathogenese dieses Zustandes sein könnte. Die Ansichten darüber sind heutzutage ausserordentlich verschieden. Es wird von manchen Autoren die Cystenniere gedacht als entstanden auf Grund congenitaler Anlage. Sie wissen, dass in einer Reihe von Fällen Cystenniere als Geburtshinderniss vorkommt, andererseits aber ist es auffällig, dass sie bei den Erwachsenen in der Regel im späteren Lebensalter, jenseits der dreissiger Jahre gefunden wurde, meist um das 40. und 50. Lebensjahr herum. Ob sie nun entsteht auf Grund einfacher Retentionen innerhalb der Harnwege, oder ob entzündliche Zustände dabei den Ausschlag geben oder Zustände, die durch Entwickelungsfehler bedingt sind, das sind alles heute noch offene Fragen. Nach den mikroskopischen Präparaten, die ich angefertigt habe, scheint es allerdings, dass ein entzündlicher Prozess mitgespielt hat. An einzelnen Stellen findet man noch ziemlich viel Nierenparenchym, allerdings in verändertem Zustand, die Harnkanälchen meist dilatirt, in anderen Fällen wieder geschrumpft. Es findet sich aber überall eine sehr starke Vermehrung des Zellgewebes, zum Teil noch reichlich mit Rundzellen durchsetzt, sodass es den Anschein hat, als ob hier in der That ein entzündlicher Prozess mit in Frage käme. Wenn Sie eines der mikroskopischen Präparate gegen das Licht betrachten, so giebt es ein Bild der ersten Anfänge der Cystenbildung. Die Cystenniere ist nur ganz ausnahmsweise nicht doppelseitig gefunden worden, und dieser Umstand hätte mich allerdings in Bezug auf die Operation sehr vorsichtig machen sollen. Ich möchte aber doch zu bedenken geben, dass hier in der That vitale Indikation durch die Blutung gegeben war. Meiner Ansicht nach war das Leben dieser Patientin unter allen Umständen gewiss sehr kurz gemessen. Allerdings ist es durch die Operation direkt und unzweifelhaft verkürzt worden.

Ich möchte dann weiterhin ein Präparat vorlegen von Pyonephrose mit sehr stattlichen Steinen darin, welches einer Patientin entstammt, bei welcher ich, bevor diese Niere exstirpirt wurde, vier Wochen vorher einen etwa gleich grossen Stein auf der anderen Seite excidirt hatte. Ich fürchte, dass die Zeit zu knapp sein wird, um Sie mit der ganzen Krankengeschichte bekannt zu machen, welche in mancher Beziehung interessant ist und aus welcher ich nur hervorheben möchte, dass die Patientin wiederholt Blutungen gehabt hatte, dass sie seit ein bis zwei Jahren an Schmerzen erst auf der einen, dann auf der anderen Seite litt und dass der Urin seit langer Zeit reichlich Eiter und Schleim enthielt, zuletzt übelriechend geworden war, sodass die Patientin schliesslich, aufs äusserste heruntergekommen, in meine Behandlung kam. Es war bei dieser Frau etwas zu fühlen, was man nur selten in der Lage ist zu konstatiren, nämlich ein Crepitus bei dem Abtasten der rechten tiefstehenden Niere, was auf die Anwesenheit eines grossen Steines deutete. Ich habe auch bei dieser Patientin den Katheterismus der Ureteren gemacht, von beiden Nieren einen Urin erhalten, der stark mit Eiter durchsetzt war; der Urin beider Nieren reagirte alkalisch. Ich habe die Operation mittelst Sektionsschnittes gemacht auf der rechten Seite, die Niere vollständig gespalten und daraus diesen Stein mit einiger Mühe herausgearbeitet und das geschrumpfte Parenchym durch eine ganze Reihe Etagennähte wieder vereinigt. Die Patientin erholte sich sehr schnell und machte eine gute Rekonvalescenz durch. Ich hätte gern die Operation auf der anderen Seite vor meiner Abreise nach Europa gemacht, wenn ich es nicht für wünschenswert gehalten hätte, sie dazu erst noch mehr zu kräftigen. Ich verliess die Patientin in sehr gutem Zustande, und Kollege Meyer war so freundlich, sie weiter in seine Obhut zu nehmen und mir zu versprechen, für den Fall, dass dringende Indikation eintrat, auch auf der linken Seite zu operiren. Diese Indikation stellte sich sehr bald ein. Die Patientin erkrankte fünf Tage nach meiner Abreise mit heftigem Schüttelfrost, und es entstand eine sehr starke Verschlimmerung des allgemeinen Zustandes unter heftigen Beschwerden auf der anderen Seite, was Kollege Meyer veranlasste, Nephrotomie zu machen; er fand die Niere in solchem Grade vereitert, dass er sie exstirpirte, und Sie sehen hier das Organ mit recht stattlichem Stein, welcher nicht verzweigt ist, wie der der anderen Seite, aber mit einem Zapfen in den Ureter hineinragt. Die Patientin hatte eine kritische erste Woche durchzumachen, dann aber hat sie sich trotz ihrer bescheidenen Nierenreste gut erholt, und ich habe sie dann zu meiner Freude hier in recht gutem Allgemeinbefinden wieder gefunden. Die Frau fühlt sich wohl und hat an Gewicht zugenommen. Der Urin ist noch keineswegs normal, sondern noch immer getrübt aber doch wesentlich besser. Wie lange sie noch zu leben hat, weiss ich nicht. Jedenfalls hat man ihr Leben durch die Operation verlängert. Der pathologische Befund ist sehr interessant. Er beweist, dass die Krankheit der zweiten Niere ganz und gar nicht die Entfernung des anderen Organs kontraindicirt. Die Niere, welche die Patientin jetzt noch hat, ist in sehr hohem Grade krankhaft verändert, und es ist erstaunlich, mit welch geringem Mass funktionirender Nierensubstanz sich der Organismus abfinden kann.

Dann will ich weiter noch zwei Nierensteine vorlegen, von denen der eine besonders interessant ist. Derselbe stammt von einer Patientin, welche schon sechs Jahre vorher eine Nephrotomie auf der entgegengesetzten Seite durchgemacht hatte. Ich war damals nicht in der Lage, die Patientin operiren zu können. Sie hatte sich auch unmittelbar vor meiner Abreise nach Deutschland an mich gewendet, und Kollege Gerster machte die Nephrotomie wegen Pyonephrose, und diese Pyonephrose ist dann im Lauf der Jahre anscheinend vollständig ausgeheilt. Die Patientin hat gegen mein Gebot geheiratet — es war schon damals die Krankheit auch der anderen Niere festzustellen — und sie kam dann mehrere Jahre nach der Verheiratung mit erhöhten Beschwerden auf der rechten Seite wieder zu meiner Beobachtung. Ich habe auch bei ihr den Katheterismus der Ureteren gemacht und bekam auf der rchten Seite nichts durch den Katheter, auf der anderen Seite trüben Urin aus dem Nierenbecken. Das war die ursprünglich operirte Seite. Bei Ausblasen des Katheters für die andere Seite fand sich, dass dicker Eiter denselben verstopft hatte. Ich habe dann bei der Nephrotomie diesen Stein gefunden. Sie sehen den spitzen Zapfen, mit dem er in den Ureter hineinreichte. Die Patientin hat eine ungestörte Rekonvalescenz durchgemacht und befindet sich relativ wohl.

Ich zeige Ihnen dann noch einen Stein, den ich aus einer pyonephrotischen Niere exstirpirt habe, bei einer Frau, welche gewiss seit Jahren schon an diesem Stein gelitten hatte, ohne dass man an diese Möglichkeit gedacht hatte. Die Patientin war hier und in Europa von vielen tüchtigen Aerzten gesehen worden. Von verschiedenen Seiten wurde überhaupt die Wahrscheinlichkeit einer Nierenaffektion ausgeschlossen, weil der Urin ganz normal war, bis schliesslich die Zunahme der Geschwulst auf der linken Seite und Fieberzustände mit erhöhtem Eitergehalt des Urins die Aufmerksamkeit auf die Niere lenkte. Die Patientin hat noch jetzt, acht Wochen nach der Operation, eine Nierenfistel, doch hoffe ich, dass sie schliesslich ganz geheilt werden wird.

Diskussion (zu dem von Dr. Bauer vorgestellten Fall).

Dr. A. Jacobi: Es ist unmöglich das Kind hier genau zu untersuchen; deshalb will ich nur ein paar Beobachtungen mitteilen, die ich an dem Baby gemacht habe. Das Baby hat ein schräges Gesicht, was, wie mir scheint, durch die ungleichmässige Ausbildung der Unterkiefer bedingt ist. Der Unterkiefer auf der linken Seite ist flacher, kürzer. Daher kommt es, dass die rechte Seite ein bischen grösser erscheint. Die beiden Arme fehlen vollständig. Auf der linken Seite ist keine Narbe da, es hat da also gar keine Extremitätenbildung stattgefunden. Auf der rechten Seite aber ist eine Narbe, wie man sie gelegentlich bei intrauterinen Amputationen findet. Es fehlen aber alle Zeichen irgend welcher Amnionverklebung oder Fädenbildung. Es ist eine ganz oberflächliche Narbe, die sich mit der Haut verschiebt. Die linke untere Extremität hat einen Oberschenkel, der sehr verkürzt ist und ein wenig gebogen. Mir scheint, dass das linke Femur aus der Pfanne ist. Der linke Unterschenkel ist vollständig gut gebildet. Es sind zwei Knochen da, die Zehen sind alle vorhanden. Der Fuss steht in übertriebener Valgusstellung. Auf der rechten Seite habe ich mich nicht überzeugen können, dass ein Oberschenkel da ist. Das Knie, der Unterschenkel sind genug entwickelt, die Kniebeugung ist dicht am

Becken. Der rechte Unterschenkel ist sehr viel dünner als der andere und scheint mir nur die Tibia zu haben, keine Fibula. Auch da ist eine exorbitante Valgusstellung, und der Fuss hat in Uebereinstimmung damit, dass die Fibula fehlt, nur vier Zehen. Mir scheint als ob die Valgusstellung anders erklärt werden müsse in diesem Fall als durch die Abwesenheit von Muskeln oder Knochen, denn auf der linken Seite ist Tibia und Fibula und eine ganz gute Entwickelung des Fusses und Unterschenkels.

Ich fragte die Frau nach dem Verlauf der Geburt, und ziemlich spontan gab sie an, dass sie von Fruchtwasser überhaupt nichts weiss, und dass bis in die späteste Zeit ihrer Schwangerschaft ihr Leib wenig gross war. Natürlich etwas Fruchtwasser ist dagewesen, aber sehr wenig. Der Uterus hat sich um das Kind nach allen Richtungen fest zusammengezogen, und die übertriebene Valgusstellung ist die Folge davon gewesen. Wie viel die Abwesenheit des Fruchtwassers und der Druck des engen Uterus mit dem Nichtentwickeltsein der Extremitäten zu thun hat, weiss ich nicht. Der Fall ist höchst interessant, und Dr. Bauer wird wohl so gut sein, uns eine genaue Beschreibung desselben zu liefern.

2. ABSTIMMUNG UEBER KANDIDATEN.

Dr. H. Böker, 227 E. 58. St.
Dr. H. A. Haubold, 141 E. 72. St.
Dr. M. Seidmann, 186 Springfield avenue, Newark, N. J.
Die Abstimmung ergiebt die Aufnahme der Kandidaten.

Vice-Präsident Dr. H. G. Klotz übernimmt den Vorsitz.

3. BERICHT DER SEKRETAERE, DES SCHATZMEISTERS UND DES VERWALTUNGSRATHS FUER DAS JAHR 1896.

Sekretär Dr. E. Bachmann verliest den Bericht des protokollirenden Sekretärs.

Dr. A. Rose verliest den Bericht des korrespondirenden Sekretärs, sowie in Abwesenheit des Dr. Louis Heitzmann den Bericht des Schatzmeisters.

Auf Antrag aus der Mitte der Versammlung wird beschlossen, dass die Berichte angenommen werden.

Dr. F. Lange: Ich möchte anheim stellen, ob es nicht passend wäre, der Wittwe des verstorbenen Dr. Carl Heitzmann in Anbetracht der Verdienste, die sich Dr. Heitzmann gerade um diesen Verein erworben hat, eine Beileids-Adresse zu schicken. (Unterstützt.).

Vice-Präs. Dr. H. G. Klotz: Ich bitte alle diejenigen, die für diesen Antrag sind, „ja" zu sagen. (Geschieht.) Angenommen.

4. FORTSETZUNG DER DISKUSSION UEBER GALLENSTEINKRANKHEIT.

Dr. F. Lange: Ich möchte das Wort deshalb noch einmal ergreifen, weil ich die Diskussion eingeleitet habe und weil es mir geschienen hat, als ob meine Worte von manchen Seiten falsch aufgefasst worden sind. Dass ich unter allen Umständen ein chirurgisches Eingreifen für indizirt halte, davon habe ich nichts gesagt, im Gegenteil ich habe ausgesprochen und berufe mich auch darauf, was ich geschrieben habe, dass man im Lauf der Jahre eine ganze Reihe von Beobachtungen

macht, wonach bei Symptomen, welche bereits auf eine nicht unerhebliche Miterkrankung der Leber deuten, doch schliesslich noch eine restitutio ad integrum eintreten kann. Ich muss aber doch dagegen die Thatsache halten, dass unter denselben Umständen sehr viel mehr Fälle vorkommen, in denen diese restitutio ad integrum nicht eintritt, und dass wir nach Indikationen für den Zeitpunkt suchen müssen, bis zu welchem der behandelnde Arzt die chirurgische Hilfe verschieben darf. Wenn jemand von den Herren in der Lage ist, ganz unumstössliche Gesichtspunkte zu geben, so werden wir diese gewiss aufs dankbarste annehmen. Ich kann nur so viel sagen, dass es vernünftig scheint, dass, wenn der behandelnde Arzt sieht, dass er mit seiner Behandlung den Kranken nicht weiter bringt, eventuell die chirurgische Hilfe indizirt ist. Wir müssen uns durchaus die pathologischen Möglichkeiten vorlegen, welche sich an Gallensteinleiden anschliessen können, und wir müssen bedenken, dass von einfachen katarrhischen Zuständen des Gallengängesystems, über das Empyem der Gallenblase, sekundäre eitrige Infektion der Gallenwege bis zu den mechanischen Schädlichkeiten, welche durch Anwesenheit des Steins im Choledochus bedingt sein können, eine ganze Reihe von pathologischen Veränderungen vorkommen, welche für sich einen letalen Ausgang herbeiführen können. Ich glaube, die Summe der klinischen Erfahrungen in den kommenden Jahren wird es uns ermöglichen, einen bestimmteren Standpunkt dem einzelnen Falle gegenüber einzunehmen. Wenn die Veränderungen derart sind, dass man annehmen zu müssen glaubt, die sekundären Veränderungen nehmen zu, und keine berechtigten Anhaltspunkte dafür hat, dass spontan eine Besserung eintritt, so ist ganz gewiss der chirurgische Eingriff indizirt. Ich glaube, man kann auch noch weiter gehen; ähnlich der Indikation, die wir heutzutage für Entfernung des Appendix machen, nämlich wenn sich unbedeutende Attacken immer wiederholen, die den Lebensgenuss wesentlich kürzen und wobei der Kranke die Möglichkeit einer schwereren, lebensgefährlichen Erkrankung immer vor Augen hat, sind wir berechtigt, eine chirurgische Operation behufs Gallensteinbeseitigung zu machen. Es wäre sehr wünschenswert, wenn gerade die Herren praktischen Aerzte, die immer glauben, dass sie von den Spezialisten in diesem Verein zurückgesetzt werden, sich hören liessen. Wir Spezialisten — ich muss mich leider auch zu diesen rechnen — sind gewiss immer sehr gern bereit, die Winke der Herren aus der Praxis anzunehmen und unserer Auffassung ein möglichst breites Fundament zu geben. Ich stehe keineswegs auf dem Standpunkt, dadurch irgend einen Gegensatz heraufbeschwören zu wollen. Ich glaube im Gegentheil, wenn wir in solchen Fragen überhaupt zu einer verständnissvollen Auffassung kommen wollen, sollen wir zusammen arbeiten.

Dr. S. J. Meltzer: Ich möchte in Bezug auf die Aetiologie der Gallensteinbildung einige Bemerkungen machen. Herr Dr. Weber hatte in seinem Referat erwähnt, es sei kein Zweifel, dass die Gallensteinbildung auf Infektion beruhe. Er hat das weiter nicht begründet, und ich nehme an, dass er wahrscheinlich in der Litteratur mehrfache Angaben gefunden hat, die seine Annahme vollständig beweisen. Mir sind solche bestimmt beweisende Angaben nicht bekannt. Die That-

sache, dass man in den Gallensteinen gelegentlich das Bacterium coli gefunden hat, braucht durchaus nicht so gedeutet zu werden, dass das Bacterium coli als infektiöses Moment da gewirkt hat, wie ich das bald näher ausführen werde. Ich möchte hingegen den Versuch machen, jene bereits bekannten Thatsachen aus der Physik und Chemie hier anzuführen, die vollständig genügen, die Entstehung der Gallensteine zu erklären. — Wenn man daran geht, eine Erklärung für die Entstehung der Gallensteine zu finden, sollte man von rechtswegen erst den Vorgang der Steinbildung überhaupt zu erklären versuchen Neben den Gallensteinen kann es noch Nierensteine geben, oder Blasensteine, Prostatasteine, Pankreassteine, Speichelsteine, u. s. w. Es ist eine Thatsache, dass fast überall im Körper, wo eine Flüssigkeit vorkommt, sich oft auch Steine bilden. Nur die Blut- und Lymphgefässe machen hiervon eine Ausnahme. Der Grund dafür, dass sich gerade da keine Niederschläge bilden, ist wohl der, dass in den Gefässen eine stete Bewegung stattfindet. Wo Bewegung herrscht, da giebt es kein Sediment. Wenn das Herz schlechter arbeitet, die Cirkulation verlangsamt ist, dann hat man auch in den Gefässen Niederschläge; es bilden sich Thromben. In den Lymphgefässen sehen wir, dass, wenn die Cirkulation verlangsammt ist, auch da Verkalkungen entstehen. Die Ruhe ist demnach ein wesentlicher Punkt für die Entstehung von Sedimenten in den Körperflüssigkeiten. Ich möchte aber noch eine Reihe anderer Momente anführen, welche die Ausscheidung von festen Bestandtheilen befördern. Da kommt zunächst die Anwesenheit eines fremden Körpers in der Flüssigkeit. Sie wissen, dass eine gesättigte, sogar übersättigte Lösung von Salzen, z. B. Glaubersalz, lange dastehen kann, ohne dass sich Krystalle ausscheiden, bis man etwa einen Glasstab hineinhält; aber auch der Staub der Luft reicht schon aus, die Ausscheidung von Krystallen zu veranlassen. Haben sich aber einmal aus irgend einem Grunde Sedimente gebildet, so werden diese Sedimente wieder als Fremdkörper weiter wirken und eine weitere Ausscheidung von Sedimenten veranlassen. — Auch der Temperatur-Unterschied ist ein wesentliches Moment. Wenn eine Flüssigkeit bei einem gewissen Temperaturgrad in gesättigter Lösung sich befindet, so wird, sobald diese Flüssigkeit sich abkühlt, sich darin ein Ueberschuss bilden, der allmählich ausfallen wird. Es sind noch andere Momente da, die für unsere Frage in Betracht kommen, wie z. B. die Veränderung in der chemischen Zusammensetzung. Sie wissen, dass sich manche Salze ausscheiden, wenn die Alkalinität der Flüssigkeit abnimmt. Beim Anwenden aller dieser Punkte auf die Flüssigkeit des thierischen Körpers möchte ich ganz besonders auf einen Punkt aufmerksam machen, der bei dieser Betrachtung mir neu zu sein scheint. Wir wissen, dass dort, wo drüsige Organe arbeiten, und alle diese Flüssigkeiten bilden sich in drüsigen Organen, da wird Wärme frei. Innerhalb der Drüse selbst ist die Temperatur demnach immer höher als in anderen Teilen des Körpers. Wenn wir z. B. die Nierensubstanz nehmen, dort wo der Urin sich bildet, so geht darin ein chemisch-biologischer Prozess vor, bei dem Wärme entwickelt und wodurch die Temperatur des Organes erhöht wird. Sobald aber der Urin in das Nierenbecken eintritt, so ändern sich die Verhältnisse; dieser Theil ist nur

ein Behälter, da geht weiter keine Funktion vor sich, und die Temperatur dieses Behälters kann nur etwa der Durchschnittstemperatur des Körpers gleich sein, also niedriger als in der Niere. Wenn also eine Flüssigkeit innerhalb der Niere in einem Zustande der gesättigten Lösung sich befindet, dann müsste, sobald die Flüssigkeit aus der Niere in das Becken eintritt, also aus einer höheren Temperatur in eine niedere übergeht, alsbald eine Sedimentirung stattfinden. Dieselbe Betrachtung ist auf die Gallensecretion um so mehr anwendbar, als wir seit Claude Bernard wissen, dass in der Leber die höchste Temperatur des Körpers ist. Hingegen in der Gallenblase, die weiter gar keine besondere Funktion hat, als nur ein Behälter und Weiterbeförderer der Galle zu sein, da müsste die Temperatur für alle Fälle nicht so hoch sein als in der Leber. Es ist sogar möglich, dass die Temperatur in der Gallenblase noch niedriger ist als in den Nierenbecken, weil jene ganz nahe der Hautoberfläche liegt und weniger geschützt ist als das Nierenbecken. Wenn nun die Galle innerhalb der Leber verschiedene organische und anorganische Substanzen in gesättigter Lösung enthält, so würde sich, sobald die Galle in die kühlere Gallenblase eintritt, ein Ueberschuss ausscheiden müssen. Unter normalen Verhältnissen wird die Galle bald wieder aus der Blase herausbefördert, sodass es zu keiner Sedimentirung kommen kann. Tritt aber aus irgend einem Grunde eine Stauung ein, sodass die Gallenblase nicht gleich alles herausbefördert, was da hineingelangt, so werden die bei der niedrigeren Temperatur sich bildenden überschüssigen Substanzen gleich absetzen und Sedimente bilden. Hat sich einmal etwas abgesetzt, so wirkt das Sediment als Fremdkörper und veranlasst neue Niederschläge. Diese Sedimente werden durch die Gegenwart von colloiden Substanzen mit einander verkleben und in dieser Weise Konkremente bilden. Aber auch ohne Gallenstauung könnten Fremdkörper zufällig in die Gallenblase hineingerathen und eine weitere Sedimentirung und Konkrementbildung veranlassen. Wir wissen ja auch, dass Nadeln, Spulwürmer u. a. m. als Kerne in Gallensteinen gefunden worden sind. Wir können darum auch das Bacterium coli als Fremdkörper ansehen, der in die Gallenblase hinein gelangte, eine Sedimentirung verursachte und so die Entstehung von Gallensteinen veranlasste. Man könnte sich auch denken, dass das Bacterium einen Katarrh verursachte und der secernirte Schleim die erste Veranlassung für die Sedimentirung war. Man muss sich aber erinnern, dass Kühne in den Steinen niemals Mucin fand. — Dieser Auffassung würde auch sehr gut die Thatsache entsprechen, dass man Bakterien in solchen Konkrementen fand, welche an solchen Stellen sich bilden, wo Bakterien massenhaft vorkamen. So haben Klebs, Waldeyer u. A. Bakterien im Zahnstein, in den Speichelsteinen und Tonsillar-Steinen gefunden. Sie sind an diesen Stellen die am häufigsten vorkommenden Fremdkörper und sie wirken da nicht weil sie Bakterien sind, sondern weil sie Fremdkörper sind. An Stellen jedoch, wo Bakterien normalerweise nicht vorkommen, da hat man auch in den Steinen keine Bakterien gefunden. So hat man bis jetzt z. B. in den Nierensteinen keine Bakterien gefunden, wenigstens ist es mir nicht bekannt. — Deswegen möchte ich sagen, dass wir mit unserer bisherigen Auffassung, dass die Entstehung von Gallensteinen nur auf Grund von physikalisch-chemischen Vorgängen beruht,

noch ganz gut auskommen, und wenn man da in manchen Steinen die Anwesenheit von Bakterien festgestellt hat, so ist das noch gar kein Beweis dafür, dass wir es hier wirklich mit einer Infektion zu thun haben, die Bakterien wirkten nicht durch ihren biologischen, sondern durch ihren physikalischen Charakter. Die physikalisch-chemische Betrachtung war auch so weit von grösserer praktischer Bedeutung als die bakteriologische. Zum Beispiel, um gesättigte Lösung und somit leichtere Ausscheidung zu vermeiden, suchen wir nach Mitteln, welche die Galle dünner machen können. Dann wissen wir auch, dass die Gallensteine zu 80 Proz. aus Cholesterin und etwa 20 Proz. aus Bilirubin bestehen. Beide Substanzen sind nur in alakalischer Lösung möglich. Sobald die Lösung weniger alkalisch ist, scheidet sich bald etwas davon aus. Vielleicht haben wir von alkalischer Behandlung darum gute Erfolge. Man hat auch versucht Aether zu geben, weil Cholesterin in Aether sich löst, und auch Oel, weil man weiss, dass Cholesterin in Oel löslich ist. Gestatten Sie mir noch mit wenigen Worten folgende Hypothese hier anzubringen: Man hat für jene Steine, bei denen wir verschiedene Schichten finden, jede Schicht abwechselnd aus Bilirubin und Cholesterin bestehend, verschiedene Erklärungsversuche gemacht. Keiner von diesen ist bis jetzt befriedigend ausgefallen. Ich möchte darum einen neuen Erklärungsversuch wagen. Wir wissen, dass, wenn aus einer Flüssigkeit zwei Krystalloide, isomorphe Substanzen sich absetzen, die beide gleiches Lösungsvermögen haben, diese Substanzen zu einem gleichmässigen Krystalle zusammenschmelzen; passirt es aber, dass diese beiden isomorphen Substanzen verschiedene Lösungsvermögen haben, das eine langsamer, das andere rascher, sich absetzt, dann steht es so: was sich langsamer löst, fällt zuerst aus; was sich rascher löst, fällt später aus und bildet eine Schale um die erste Substanz als Kern. Bilirubin scheidet sich nun rascher aus der Cholesterin; wir werden darum einen Kern aus Bilirubin und eine Schale aus Cholesterin haben. Stellen wir uns nun vor, die Ausscheidung geschieht periodenweise, ich will sagen, jede Woche einmal entstehe eine Verdickung der Galle, eine Uebersättigung der Lösung, dann würde sich ebenso oft zuerst Bilirubinkalk ausscheiden und um diesen als Kern wird sich Cholesterin als Schale absetzen. So werden wir eine Erklärung dafür haben, dass wir in einem ganzen Steine schichtenweise erst Bilirubinkalk und dann Cholesterin finden.

Dr. Kaufmann: Ich möchte zunächst im Anschluss an die Auseinandersetzungen von Dr. Meltzer bemerken, dass Naunyn, dem wir die besten Untersuchungen über die Gallensteinkrankheit verdanken, alle diese Fragen, die Dr. Meltzer aufgeworfen hat, bereits experimentell geprüft und dabei den exakten Nachweis geführt hat, dass physikalisch-chemische Verhältnisse bei der Gallensteinbildung durchaus nicht in's Spiel kommen. Die Gallensteinbildung geschieht nicht in der Weise, dass das Material durch Veränderung der physikalisch-chemischen Verhältnisse aus der Galle ausfällt, das Material zum Steinaufbau wird vielmehr von den abgestossenen Epithelien der Gallenblasenschleimhaut geliefert. Das vermehrte Abstossen von Epithelien ist die Folge von Katarrhen, wie sie in der That unter gewissen Be-

dingungen (Stauung etc.) durch Einwirkung von Bakterien hervorgerufen werden.

Wichtiger als diese theoretische Frage erscheint mir für die hier geführte Discussion die praktische Frage: wann soll bei der Gallensteinkrankheit operirt werden? Dass in bestimmten Fällen operirt werden muss, dass in einer Reihe von Fällen die Operation lebensrettend wirkt, in anderen Fällen langem Siechthum ein Ende macht, das ist sicher gestellt und sollte der Diskussion nicht mehr unterliegen. Doch muss man zugeben, dass diese Fälle, die einen operativen Eingriff notwendig machen, immer nur eine kleine Minorität bilden, denn die Gallensteinkrankheit ist ausserordentlich häufig. Recklinghausen hat nach der Statistik von Schröder für einen Zeitraum von sieben Jahren in seinem Institut in $12\frac{1}{2}$ Proz. sämmtlicher Leichen Gallensteine gefunden. Gewöhnlich nimmt man 8 Proz. als Durchschnittszahl an. Das würde für das Deutsche Reich z. B. 4,000,000 Gallensteinkranke geben, und Riedel nimmt in der That an, dass mindestens 2,000,000 Menschen in Deutschland mit Gallensteinen behaftet sind. Ein grosser Teil derselben zeigt allerdings während des Lebens keine Erscheinungen, diejenigen nämlich, bei denen die Steine ruhig in der Gallenblase liegen bleiben und bei denen sich irgend welche stärkere Entzündungen an der Gallenblasenwand nicht abspielen. Erscheinungen während des Lebens treten erst auf, entweder wenn die Steine sich in Bewegung setzen und die Blase verlassen oder wenn bei ruhig in der Blase bleibenden Steinen sich entzündliche Prozesse an der Gallenblase etabliren. Wenn Steine die Blase verlassen und in die Gallenwege eintreten, entsteht meist das bekannte Bild der Gallensteinkolik, welches durch die bekannte Trias: Schmerz, Fieber, Icterus characterisirt ist. Endet ein solcher Anfall nach kurzer Dauer mit Entleerung von Steinen in den Darm, so spricht man von regulärer Cholelithiasis. Diese Gruppe von Fällen regulärer Cholelithiasis, welche keineswegs klein ist, bedarf keines operativen Eingriffs, denn das, was die Operation in diesen Fällen leisten könnte, wäre lediglich die Entleerung der Steine, und diese geschieht ja bereits per vias naturales. Die Gallensteinkrankheit selbst wird in diesen Fällen durch den operativen Eingriff nicht bekämpft, wenigstens nicht direct, denn, wie bemerkt, beruht die Gallensteinkrankheit auf Erkrankung der Gallenblasenschleimhaut, und diese letztere wird weit sicherer und günstiger durch eine Karlsbader Kur beeinflusst, als durch den operativen Eingriff. Nur wenn die Anfälle sehr lange dauern und sich häufen, und der Patient dadurch in seinem Allgemeinzustand sehr herunter kommt, kann es sich empfehlen, die Entleerung der Gallensteine aus der Blase durch operativen Eingriff zu beschleunigen. Das eigentliche Feld für Operationen an der Gallenblase bilden aber die Fälle von irregulärer Cholelithiasis, von der man dann spricht, wenn die Steine auf ihrer Wanderung in den Gallenwegen stecken bleiben und im Anschluss an dieses Steckenbleiben sich Erkrankungen, entzündliche Vorgänge, Ulcerationen, eitrige Prozesse in den Gallenwegen entwickeln. Solche ulcerative und eitrige Prozesse können sich auch in der Gallenblasenwand entwickeln, ohne dass die Steine wandern. Gelegentlich setzen sie ganz akut ein unter dem Bild der acuten

Cholecystitis, welche durch septische Allgemeininfection oder Peritonitis tödtlich werden kann; hier kann der rechtzeitige operative Eingriff lebensrettend wirken. Weit häufiger allerdings handelt es sich um schleichend verlaufende Prozesse, um entzündliche Vorgänge an der Gallenblasenwand, welche zu Verwachsungen mit den Nachbar-Organen führen, um Ulcerationen an der Gallenblasenwand, um Abscessbildungen innerhalb der Blase, in und neben den Verwachsungen, mit und ohne Perforation der Wand u. s. w. Das ist die Gruppe von Fällen, deren klinisches Bild und Diagnose uns Dr. Adler geschildert hat. Die Kürze der Zeit verbietet mir, auf diagnostische Erörterungen einzugehen. Nur eine Bemerkung kann ich nicht unterdrücken. Dr. Adler sowohl wie Dr. Lange haben betont, dass diese Fälle oft lange Zeit unter der falschen Diagnose Magenkrampf segeln. Das ist zweifellos richtig, aber auch das umgekehrte kommt vor. Es wird Gallensteinkrankheit diagnostizirt, wo es sich um Magenkrampf handelt, und ich möchte hier ausdrücklich betonen, dass es in der That das, was man Magenkrampf nennt, giebt und zwar gar nicht so selten, nicht nur in Verbindung mit Ulcus und Carcinom des Magens, sondern auch bei den Zuständen, die man gegenwärtig als Hyperacidität, Hypersekretion bezeichnet, ferner bei Gährungen mit Pylorospasmus, als echte Neurosen, bei den crises gastriques u. s. w. Aber wo die Diagnose sicher gestellt ist, wo man annehmen darf, dass Steine Ulcerationen und Eiterbildung herbeigeführt haben, da soll man nicht zögern mit dem operativen Eingriff, das corpus delicti zu entfernen, einmal um den Patienten von seinen Beschwerden zu befreien, und dann, weil man nicht zu übersehen im Stande ist, welches Unheil Steine und Eiter noch anrichten können. Die eitrigen Prozesse, wie gesagt, können sich in der Gallenblasenwand und deren Umgebung abspielen, ohne dass die Steine wandern. Dasselbe klinische Bild wird sich dann präsentiren, wenn ein Stein im Cysticus stecken geblieben ist und die Blase, wie dies so oft der Fall ist, geschrumpft ist. Im Anschluss an das Steckenbleiben eines Steines im Cysticus kann aber auch ein Erguss in die Gallenblase erfolgen, entweder mit stark eitrigem Inhalt, dem sogenannten Empyem der Blase, oder mehr serösen Inhalts. In diesen Fällen erleichtert der fühlbare Tumor zuweilen Indikation und Operation. Weit schwieriger liegen die Dinge, wenn die Steine im Choledochus stecken bleiben und chronischen Icterus herbeiführen. Ikterus ist eine gefährliche Komplikation für die Operation und Courvoisier sagt ausdrücklich, für ihn sei Icterus die einzige Gefahr, die er fürchte. Das erschwert dem Internisten den Entschluss. Gewiss wird man sich im gegebenen Fall, wo die Operation notwendig ist, auch durch den Icterus nicht von der Ausführung derselben abhalten lassen. Aber die Fälle liegen nicht immer eindeutig, und wenn der Praktiker den Patienten auf den Weg der Operation verweist, und die Chancen abwägt, so thut er wohl, die Prozente der Mortalität, welche in Folge der Operation eintreten, in seiner Berechnung als einen Hauptfaktor gegen die Operation zu nehmen. Denn diese Anzahl Todesfälle fallen für ihn doch aus, falls er die Operation umgehen kann. Diese Ueberlegung ist um so wichtiger, als sicher gestellt ist, dass Fälle von chronischem Ikterus in Folge von Steinverschluss auch nach jahrelangem Bestehen noch ausheilen können. Es wäre sehr

wichtig zu wissen, ob die bei chronischem Ikterus so sehr gefürchtete hämorrhagische Diathese lediglich die Folge von Retention von Gallenbestandtheilen ist und ob sie mit der Länge des Bestehens des Ikterus zunimmt, oder ob nicht viel mehr andere komplizirende Momente mit in Betracht kommen, so z. B. die bei der Gallensteinkrankheit so häufige septische Infektion oder die bei der Steinobstruktion des Choledochus so ausserordentlich häufige Carcinose. Vielleicht kann Dr. Lange aus seiner reichen Erfahrung etwas über diese Fragen mitteilen. Je mehr diese Verhältnisse geklärt werden, um so frühzeitiger und bereitwilliger wird sich auch der Praktiker entschliessen, seinen Patienten diese segensreiche Operation angedeihen zu lassen.

Dr. Carl Beck: Bei der ausserordentlich interessanten Diskussion über dieses noch verhältnissmässig junge Thema sind mir so recht die Worte Billroths vor die Augen getreten: „Die Medizin muss chirurgisch werden." Ich möchte mich versucht halten, dem einen andern Satz gegenüber zu stellen, und das ist der, dass heutzutage nur ein guter Interner auch ein guter Chirurg sein kann. Das alte Sprichwort: Qui bene diagnoscit, bene medebitur, ist ganz gewiss niemals so zu Recht bestanden wie gerade jetzt, und die Art unserer therapeutischen Strategie wird auch in unserem speciellen Thema durchaus von diagnostischen Momenten beherrscht werden. Und das ist eben der kitzliche Punkt. Ich habe mit Freuden begrüsst, dass Dr. Lange auf Grund seiner reichen Erfahrung es für notwendig gehalten hat, auf die Bedeutung des allgemeinen Praktikers mit Rücksicht auf seine Beihilfe zur Belehrung in dieser häufigen Krankheit aufmerksam zu machen. Andererseits will ich nicht unterlassen darauf hinzuweisen, dass es gerade den Chirurgen, speciell den pathologisch geschulten, vorbehalten sein dürfte, in dieses dunkle Feld mehr Licht zu werfen. Der Chirurg schneidet Leib und Gallenblase auf und steht dadurch in bedeutendem Vorteil zu dem Praktiker, der nur auf palpatorische Untersuchungen und allgemeines Wissen seine Diagnose gründen muss und nicht durch die Autopsie in vivo auf seine Irrthümer aufmerksam gemacht wird.

Meine Erfahrung über Cholelithiasis ist nicht gross, aber auch nicht gerade unbedeutend. Ich kann versichern, dass unter den Fällen, die ich operirt habe, gerade die Symptome, wie sie so treffend geschildert worden sind, gar nicht vorhanden waren. Wenn man Gallensteine im Stuhl findet, so ist es ja selbst für den Laien leicht, die Diagnose zu stellen, und wenn Ikterus vorhanden ist, so wird einem ja so zu sagen die Nase auf die Gallensphäre gestossen. Aber mit Ausnahme eines einzigen Falles der mit Empyem der Gallenblase complicirt war, trat unter meiner Beobachtung niemals Ikterus ein. Zur Illustration der überaus schwierigen Frage möchte ich mir erlauben, Ihnen blos einige meiner Fälle kurz vorzuführen: So habe ich z. B. voriges Jahr eine Frau operirt, die längere Zeit an Lumbago behandelt worden war, da sie in die Lendengegend ausstrahlende Schmerzen hatte. Der Arzt behauptete, dass er damals absolut kein pathologisches Substrat für Gallenstein finden konnte. Später stellte ein anderer Arzt die Diagnose auf Pylorus-Carcinom. Als die Kranke in meine Behandlung kam, fühlte ich mich veranlasst, dieser Diagnose beizustimmen, um so mehr, als die Patientin klagte, dass sie eine Stunde nach der Mahlzeit

Schmerzen hatte und auch ziemlich bedeutende Cachexie aufwies. Bei der Probelaparotomie fand ich Verwachsungen einer Mannesfaust grossen, colossal verdickten Gallenblase mit dem Colon transversum. Die Wände waren so sehr verdickt, dass sie beim Durchschneiden knirschten. Der Inhalt war klar. In einer Vertiefung ein beinahe Hühnerei grosser Gallenstein. Die Patientin wurde hergestellt. Hier war niemals Ikterus vorhanden gewesen.

Ein anderer Fall. Ich wurde in Eile in einen benachbarten Staat zu einer 57-jährigen Dame gerufen, die an Appendicitis leiden sollte. Es waren Darmstörungen in letzter Zeit vorhanden gewesen, und Patientin war bedeutend abgemagert. Erbrechen, zuletzt Schüttelfröste und Schmerzen in der rechten Darmbeingrube. Ich fand den Leib aufgetrieben. Es konnte ein deutlicher Tumor zwischen Nabel und spina anterior superior ossis ilei palpatorisch abgegrenzt werden. Die Perkussion ergab Dämpfung daselbst, die sich dann allmälig nach oben verlor. Ikterus war niemals vorhanden gewesen. Ich konnte mich der Diagnose Appendicitis nicht anschliessen, sondern dachte an einen Darmtumor, vielleicht ein Carcinom des Colon mit Adhäsionen u. s. w. und rieth eine unverzügliche Laparotomie an. Dieselbe wurde alsbald gemacht und zu meinem grossen Erstaunen fand ich eine langgestielte Gallenblase, die fast bis in das Becken hinabreichte. Sie enthielt 96 Steine von gleicher Grösse und ungefähr 4 Esslöffel voll dicken gelben Eiters. Cholecystostomie. Die peritonitischen Erscheinungen bildeten sich bald zurück und bald war auch in diesem Falle Heilung erzielt. Ich möchte darauf aufmerksam machen, dass in diesem Fall, wo ich gerade des langen Stieles wegen sehr gut mit der Gallenblase manipuliren konnte, noch elf Steine im Laufe der nächsten vier Wochen zum Vorschein kamen. Ich bin fest überzeugt, dass dieselben bei der Operation nicht in der Gallenblase ansässig waren.

Vor wenigen Wochen wurde ich von einem Kollegen gerufen, um wegen vermeintlicher Intussusception eine Laparotomie vorzunehmen. Die Diagnose hatte sich darauf gegründet, dass ein bis dahin völlig gesunder Man von 46 Jahren plötzlich grosse Schmerzen im Leib, namentlich in der rechten Seite, bekam. Der Leib wurde alsbald gewaltig aufgetrieben. Es war beschleunigter Puls, geringe Temperatur, Brechneigung und zeitweiliges Erbrechen vorhanden. Zur Zeit, als ich ihn sah, war kein Collaps vorhanden; Patient ging sogar noch in der Stube umher. Der Leib war derart aufgetrieben, dass von localer Palpation keine Rede sein konnte. Gestützt auf die Thatsache, dass Patient einen bestimmten Schmerzpunkt in der Gallenblasengegend angab, stellte ich die Wahrscheinlichkeitsdiagnose Gallensteinileus. Ich machte die Laparotomie vier Stunden später im St. Mark's Hospital und fand eine gangränöse Gallenblase, voll zersetzten stinkenden Eiters, fünf Gallensteine von Erbsengrösse enthaltend. Ein grösserer von Bohnengrösse stak im Choledochus. Ich exstirpirte die Gallenblase. Der Mann starb am folgenden Vormittag an Sepsis. Dieser Fall ist sehr belehrend, und die Frage gewiss gerechtfertigt: Hätte dieser Mann nicht gerettet werden können, wenn man früher operirt hätte? Höchst wahrscheinlich. Und doch gelangte dieser Fall noch verhältnissmässig früh zur Operation. Trotzdem war es nach dem Autopsiebefund in vivo schon viel

zu spät. Aber wer übernähme die Verantwortung des Eingriffs, so lang die Symptome noch so vage waren?

Wie Dr. Kaufmann schon hervorgehoben hat, berichten die Statistiker, dass ungefähr 8—12 Prozent aller Autopsien in Deutschland Gallensteine aufweisen. Das würde bei einfacher Rechnung ergeben, dass mindestens 4 Millionen Deutsche an Gallenstein litten. Angenommen, es wäre wirklich so, so wissen wir heute doch genau, dass nur ein kleiner Bruchteil davon an wirklichen Beschwerden leidet. Auserdem müssen wir in Rechnung ziehen, dass in einer Reihe von Fällen, in denen Gallensteine deutlich nachgewiesen waren, keine Beschwerden vorhanden waren, wo man also nicht wohl anrathen konnte, diese Gallensteine zu entfernen. Wo wäre der Arzt, der kühn genug dazu wäre? Wir wissen ferner, dass solche Patienten, die wirklich grosse Beschwerden hatten, nach Karlsbad gepilgert sind und dort von ihren Leiden gänzlich genasen. Es giebt kein drastischeres Beispiel als das eines der grössten lebenden Chirurgen, nämlich Kocher's in Bern, der, selbst ein so enthusiastischer Verehrer der Gallensteinoperation, doch nach Karlsbad ging, als er am eigenen Leibe die Qualen der Cholelithiasis erfuhr. Und wie staunte er, als nach wenigen Tagen seine Beschwerden vollständig verschwunden waren.

Hier ist also wieder die grosse Kehrseite der Medaille. Wir sollen die Bedeutung der Gallensteine nicht unterschätzen. Sollen wir aber dann voreilig eingreifen, um solche traurige Ausgänge, die in letztbeschriebenen Fall, wo Gangraen der Gallenblase herbeigeführt wurde, zu verhindern? Wir wissen ganz genau, dass der Gallenstein ein Fremdkörper ist, welcher gewisse Reize und Zersetzungsvorgänge in der Gallenblase hervorrufen kann. Wie oft mögen solche Vorgänge von den oben angedeuteten Folgen begleitet sein und ähnlich wie bei der Appendicitis Entzündung benachbarter Gebilde und Perforation heraufbeschwören! Dass wir durch Anwendung von internen Mitteln vielfach die Beschwerden lindern und verhindern können, steht wohl ausser Zweifel. Andererseits wissen wir, dass palliative Mittel oft die wertvolle Zeit, wo der Eingriff noch gefahrlos war, verstreichen lassen. Wenn Jemand einen alten Sequester in einem centralen Knochenheerd stecken hat, so kann man wohl durch Applikation von Umschlägen und Darreichung von Morphin den Schmerz lindern, aber es fällt wohl Niemand ein, zu behaupten, dass dadurch der Sequester beseitigt wird. Immerhin wird dem Chirurgen, dem neben reicher klinischer Erfahrung bedeutende pathologische Kenntnisse eigen sind, zumeist sein Instinkt die rechte Bahn weisen.

Ich möchte nur noch eine kurze Bemerkung über die Technik der Operation machen und vor Allem der einseitigen Operation, bei der man die Gallenblase gut ausstreichen kann, unbedingt den Vorzug einräumen. Ich halte die sogenannte ideale Cholecystotomie für einen chirurgischen Fehler, weil, wie ich Ihnen in dem einen Fall geschildert habe, sehr häufig sich noch Steine in der Gallenblase finden, von deren Anwesenheit man vorher keine Ahnung hatte. Ueber die Ursachen dieser unbestreitbaren Thatsache hat man sich bis jetzt noch keine Rechenschaft geben können. Ferner sammelt sich immer eine Masse blutigen Serums an, das die Gallenblase ausdehnt, dem Patienten grosse

Schmerzen macht, Stagnation hervorruft, und dadurch leicht Anregung zu Infektion geben kann. Wir wissen ja niemals mit Bestimmtheit zur Zeit der Operation, ob der Inhalt der Gallenblase aseptisch ist oder nicht, es sei denn bei gänzlich unverhüllter Sepsis. Wie die Infection überhaupt zu Stande kommt, ist ja auch noch ungelöst.

Zum Schluss möchte ich sagen, was Ihnen vielleicht aus chirurgischem Munde sonderbar vorkommen mag, dass ich zu meinem grossen Erstaunen in mehreren Fällen eklatante Erfolge von der Oelbehandlung gesehen habe. Ich kann mir das absolut nicht erklären. Immerhin glaube ich, dass wir kein Recht haben, diese Behandlung, so lange von so vielen Seiten Erfolge berichtet werden, ohne Weiteres zu verdammen.

Dr. O. G. T. Kiliani: Ich möchte die schon recht ausgedehnte allgemeine Diskussion über Gallensteinerkrankung nicht noch weiter ausdehnen. Ich möchte aber die Gelegenheit nicht vorbei gehen lassen, auf ein technisches Hülfsmittel hinzuweisen, welches, soweit mir bekannt ist, in diesem Land nicht aufgenommen worden ist. Dasselbe stammt von Russland. Jeder, der mit Gallenblasenoperationen zu thun hatte, wird in der Lage gewesen sein, recht unangenehme Blutungen zu treffen, sobald er daran ging, die fast konstanten stärkeren Adhäsionen der Gallenblase an der Leber zu trennen, welche auch wohl gar nicht selten ein Einreissen in die Lebersubstanz mit sich bringen. Insbesondere bei fetten Patienten kann diese Blutung sehr störend sein und unter Umständen eine weitere Operation verhindern. Hierzu kommen noch die Blutungen, oft kaum stillbar, welche bei cholämischen Patienten vorkommen. Im April 1895 hat nun in der „Berliner Klinik" ein Russe, Prof. Snegirjeff eine Mitteilung über die Anwendung von strömendem Dampf zur Blutstillung gemacht. Er hatte schon vorher in der Deutschen Medizinischen Wochenschrift darüber eine Veröffentlichung gemacht und hat den Dampf zunächst zur Blutstillung des ausgekratzten Uterus angewendet. Da ich nun in der Lage war, eine Anzahl Gallen- und Leberoperationen machen zu können, so habe ich im Anschluss an jene Mitteilung im Verein mit Dr. Schwyzer eine Anzahl Tierversuche gemacht, indem ich zunächst eine Niere eines Kaninchens bloslegte, dieselbe quer halbirte und darauf erhitzten Dampf strömen liess. Die Blutung stand sofort. Wir haben ausserdem die Niere exstirpirt, den Dampf auf die Art. und Ven. renalis geleitet, und die Blutung stand sofort. Das Tier ist, nachdem die Bauchwunde oberflächlich zugenäht war, vollständig gesund geblieben. Ich habe ausserdem gesehen, dass diese Siedung des Gewebes auf die Primaintention gar keinen Einfluss hat. Die Einwirkung des Dampfes auf die Gewebe ist eine langsame, die Koagulation geht gar nicht tief, so wenig, dass man zur Stillung einer Femoralisblutung bei dem Hunde über ¾ Minuten Dampf einwirken lassen darf. Der Apparat ist der folgende:

(Demonstrirt den Apparat.).

Nach jenen Experimenten an Tieren habe ich den Apparat bei einer Gallenblasenoperation und bei zwei Leberabscessen angewendet. Bei der Gallenblasenoperation war die Blutung nicht sehr heftig. Trotzdem war diese Art der Blutstillung äusserst bequem. Bei dem einen

Leberabscess musste ich durch eine Dicke von über zwei Zoll Leber durch gehen, und konnte ich das mit Hilfe des Apparates vollständig blutlos ausführen. Bei dem anderen Fall war die Leberschicht nicht so dick.

Der Hauptnachteil dieser Methode ausser der Möglichkeit der Verbrühung des Operirenden und des Assistenten durch ungeschickte Manipulation besteht darin, dass die verschiedenen Gewebe nach der Anwendung sich schwerer differenziren lassen, da alles die Farbe von gekochtem Fleisch annimmt.

Dr. A. Jacobi: Wenn ich recht verstanden habe, so handelt es sich bei dieser Diskussion zum Teil auch darum, die Indikation zur Operation zu geben. Die Versuchung nicht zu operiren ist für viele von uns sehr gross, wenn man eine Reihe von Fällen gesehen hat, wie z. B. einen solchen, der mir heute vorkam. Es kam eine Patientin zu mir, die ich seit vielen Monaten nicht gesehen hatte. Es sind etwa vier Jahre her, dass ich bei ihr Gallensteinkoliken diagnosticirte, und drei Jahre, dass ich mit positiver Bestimmtheit sagte, sie müsse sich operiren lassen, oder ich wolle nichts mehr mit ihr zu thun haben. Sie kam von Zeit zu Zeit und berichtete, dass sie alle paar Monate schwere Anfälle habe, und ich blieb bei dem alten Diktum, sie müsse sich operiren lassen. Ich habe sie dann acht bis neun Monate gar nicht gesehen. Trotz aller Diagnosen ist niemals ein Gallenstein gefunden worden. Heute kam sie und berichtete, dass sie furchtbar gelitten, zum ersten Mal in ihrem Leben nach einem Anfall gelb geworden und sehr krank gewesen sei; dass sie seit 7 bis 8 Wochen „jeden Tag" Gallensteine producire, während früher niemals ein Gallenstein gefunden worden war. Die Frau fühlt sich vollständig gesund. Ich kann mir den Zustand nur dadurch erklären, dass sich eine Anlötung der Gallenblase an den Darm gebildet hat, die durchgebrochen ist, und sie entleert jetzt jeden Tag gelegentlich einen grossen Gallenstein, gelegentlich ein oder zwei kleine. Nun das ist ein Fall, von dem ich sagen würde, dass er eine grosse Versuchung mit sich führt, nicht operiren zu lassen. Es wäre aber ein grosser Fehler, wenn man sich von solchen Ausnahmsfällen wie diesem, der obendrein noch nicht zu Ende ist, versuchen liesse, die Operation nicht zu machen.

Wenn man nun aber nach bestimmten Indikationen sucht, dann gibt es nach meiner Meinung zwei, die ganz bestimmt für eine Operation sprechen. Der eine Grund ist durch diejenigen Fälle gegeben, die immer, einerlei ob Ikterus oder nicht, wiederholt schwere Anfälle machen, gelegentlich mit etwas Fieber, und die in wahrscheinlicher Entzündung und Verdickung endigen. Diese Fälle müssen operirt werden. Sobald eine Verdickung bleibt, sollten die Steine, die nicht abgehen, entfernt werden. Die zweite Indikation liegt, und da stimme ich vielleicht nicht ganz mit Dr. Kaufmann überein, in der Ikterusfrage. Für mich ist es ein für alle Mal Regel gewesen, wenn Ikterus auftritt, der in drei bis vier Wochen nicht weicht, dass ich bestimmt auf Operation bestehe, denn ein Ikterus, der in drei bis vier Wochen nicht anfängt besser zu werden, der wird sehr wahrscheinlich auch in drei bis vier Monaten nicht besser werden. Ein solcher Kranker geht eben an Cholämie zu Grunde. Dies sind zwei Indikationen, die ich für

ganz positiv halte, und die schränken, wenn befolgt, die Fälle derjenigen, die, wenn keine Massnahmen getroffen werden, schliesslich zu Grunde gehen, bedeutend ein.

Dr. Carl Beck: Gestatten Sie auch mir noch eine Bemerkung zu machen, die ich vorhin vergessen habe. Ich habe den Versuch gemacht Gallensteine mittelst der Röntgenstrahlen nachzuweisen; es ist mir im Gegensatz zu anderen Experimenten jedoch nicht gelungen.

Dr. F. Torek: Ich wollte eben sagen, dass ich enttäuscht war, in der Diskussion nichts über Anwendung der Röntgenstrahlen zu hören, denn es ist von verschiedenen Seiten darauf hingewiesen worden, dass die Diagnose zwischen Gallenstein und Appendicitis bisweilen schwierig ist und dass unter Umständen die Diagnose zwischen Gallenstein und ulcus ventriculi auch nicht so einfach ist. Ich sollte meinen, dass in solchen Fällen doch wohl die Röntgenstrahlen bisweilen den Ausschlag geben sollten. Ich habe nur die Schattenbilder der normalen Leber gesehen, und die Schatten waren nicht so dicht, dass man den noch dichteren Schatten eines Steines nicht hätte sehen können.

Dr. Weber warf in der Einleitung die sehr wichtige Frage auf, was die alkalisch salinischen Wässer eigentlich bewirken, und gab die Antwort darauf, dass sie wahrscheinlich die Galle alkalesciren und verdünnen. In ähnlicher Weise sprach ja auch Dr. Meltzer. Die Hauptwirkung besteht jedoch, nach Naunyn, in einer Anregung der Peristaltik im Magen und Darm und darin, dass durch diese Anregung der Peristaltik die Cirkulation in den Abdominalorganen gebessert wird, speziell also die Cirkulation in der Leber. Durch eine verbesserte Cirkulation in der Leber werden wiederum die Katarrhe günstig beeinflusst, und solche Katarrhe sind ja stets bei Gallensteinkrankheiten vorhanden. Das ist es also, was die Karlsbader Kur bewerkstelligen kann, eine Verbesserung des Katarrhs der Gallenwege. Ist nun ein Gallengang vorher katarrhalisch verdickt gewesen, ist also sein Lumen verengert, so kann durch die Besserung dieses Katarrhs das Lumen wieder erweitert werden, und kleine, zum Durchgehen geeignete Steine würden dann ihren Weg in das Duodenum finden können. Grosse Steine thun das ganz sicher nicht. Damit ist aber durchaus nicht gesagt, dass nicht auch Patienten, die an grossen Gallensteinen leiden, durch eine Karlsbader Kur gebessert werden. Dast ist eine Thatsache, dass Patienten, die, von den heftigsten Schmerzen geplagt, nach Karlsbad gehen, oft in kurzer Zeit schon von ihren Schmerzen befreit sind, nota bene, ohne dass irgend welche Steine abgehen. Das ist eine sehr wichtige Sache, dass diese Besserung stattfindet, ohne dass Steine abgehen. Dem Anfänger in der Diagnose, — und so ist es mir zuerst auch ergangen, als ich erst von der Schulbank kam, — passirt es häufig, dass, wenn er solche Anfälle gesehen hat, nachher sehr sorgfältig den Stuhlgang untersucht und keine Steine gefunden hat, er durch die Abwesenheit von Steinen in der Diagnose irre gemacht wird, und glaubt, es müsse sich um andere Kolik gehandelt haben, und nicht um Gallensteinkolik. Es ist wichtig zu wissen, dass man bei Gallensteinkolik in manchen Fällen niemals Gallensteine finden wird. Sie sind zu gross gewesen, um abzugehen. Es passirt ab und zu, dass ein Patient von einem grossen Stein entbunden wird, wie z. B. in dem Fall, den Dr

Talmey hier vor einiger Zeit beschrieben hat, wie in dem Fall, von dem Dr. Jacobi heute Abend sprach. In den Fällen hat eben eine Perforation der Gallenblase oder Gallengänge stattgefunden, es hat sich eine Kommunikation mit dem Darm hergestellt, die Steine sind auf diese Weise auf abnormem Wege abgegangen, und nicht durch die Papille in das Duodenum. Dieses zufällige Glück sollte einen aber durchaus nicht dazu bewegen, dass man gegen die Operation spricht. Ich kann Dr. Kaufmann nicht beistimmen, wenn er sagt, die Cholocystotomie heile die eigentliche Gallensteinkrankheit nicht durch Entfernung der Steine. Es giebt keine bessere Art und Weise, eine Schleimhaut zu heilen, als indem man ihr möglichst freie Drainage bietet. Da hat die Schleimhaut die vollste Gelegenheit sich in bester Weise zu erholen, und auf diese Weise wird die Gallensteinkrankheit gebessert. Bleiben Steine darin, so kann die Gallensteinkrankheit nie geheilt werden, denn die erste Ursache, die Steine, bleiben immer noch da. — Es wird wohl wenige geben, welche die äusserst optimistische Ansicht von Dr. Lilienthal teilen, dass Gallensteinkrankheit so äusserst günstig verlaufen soll; besonders wenn Sie gesehen haben, dass Patienten sich Jahrzehntelang mit schrecklichen Schmerzen dahinschleppen, und andererseits sehen, dass Fälle, die ein oder zweimal recht günstig in ein paar Stunden oder paar Tagen verlaufen sind, schliesslich doch einmal zu absoluter Retention der Galle kommen oder gar zur Perforation der Gallenblase. Wer von solchen Fällen weiss, wird entschieden aufhören, eine so optimistische Ansicht über Gallensteinkrankheiten zu hegen.

Dr. F. Kammerer: Ich will mich damit begnügen, ganz kurz hier zwei wallnussgrosse Steine vorzuzeigen, die durch Eröffnung des gemeinsamen Gallenganges gewonnen wurden. Es handelt sich in beiden Fällen um Patientinnen, die schon Jahre an schweren Gallensteinkoliken mit Fieber litten, die schweren Ikterus hatten und die erst sehr spät zur Operation kamen. Die eine Patientin erholte sich nach Incision des Ductus und Extraktion des Steines, starb aber nach drei Monaten an infektiöser Cholangitis, und es fanden sich bei der Sektion multiple kleine Leberabscesse. Die zweite Patientin habe ich am Tage nach der Operation an Shock verloren. Es sind beides Solitär-Steine. Die Fälle weisen sicherlich darauf hin, dass wir nicht zu lange mit der Operation warten sollen, sobald, wie Dr. Jacobi auch hervorgehoben hat, Ikterus längere Zeit besteht. Ich stimme dieser Indikation entschieden bei und glaube, dass dann, besonders wenn wir Grund haben eine Infektion vom Darm aus zu vermuten, operirt werden sollte.

Dr. I. Adler (Schlusswort): Ich habe eigentlich wenig zu sagen. Es verlohnt sich nicht auf alle Einzelheiten einzugehen; das würde Tage dauern, wollte man die pathologisch-anatomischen Untersuchungen über die Aetiologie und die experimentellen Untersuchungen anführen und wollte man klinisch alle die Variationen, die vorkommen können, aufzählen.

Was die Auseinandersetzung des Dr. Meltzer betrifft, so kann ich mich denen meinerseits in keiner Weise anschliessen. Ich glaube, dass es bewiesen ist, dass die Majorität der Gallensteine nicht von der Galle selbst abgeschieden wird und dass die Alkalescenz oder Dünne der Galle und dergl. mit der Bildung von Gallenstein nichts zu thun hat.

Die Versuche von Naunyn und seinen Schülern haben das bewiesen. Ich bin mir wohl bewusst, dass die Schlussfolgerungen Naunyn's von mancher Seite angegriffen worden sind. Allein nach meiner Ueberzeugung mit Unrecht. Das hätte indessen mit unserer Diskussion weiter nichts zu thun. Es bringt uns nur auf die praktische Erwägung, dass wir mit unseren alkalischen Mitteln und Medikamenten auf die Steinbildung einerseits, und eine Lösung der Steine andererseits doch gar keinen Einfluss ausüben können. Ich glaube auch, dass wir heutzutage noch nicht wissen, in welcher Weise eine Karlsbader Kur wirkt. Es ist in vieler Beziehung fraglich, ob rein durch Anregung der Peristalsis günstige Verhältnisse im Darmtraktus geschaffen werden oder ob andere Dinge mitspielen, die veränderte Lebensweise etc. oder ob diese Kuren in dieser Beziehung überschätzt worden sind und ob die Patienten sich nicht ebenso wohl bei angemessener Diät und Lebensweise zu Hause befunden hätten; das bleibt alles noch dahingestellt.

Was nun die Frage nach dem chirurgischen Eingriff betrifft, die uns am meisten interessirt, so hat, wie mir scheint, die Statistik, die Schröter aus Recklinghausen's Institut bringt, wenig mit der Frage zu thun. Es thut nichts zur Sache, ob 8, 10 oder 12 Prozent der Menschen Gallensteine haben. Sie sind doch nicht Gallensteinkranke. Wir wissen es schon lange, und auch in den einleitenden Auseinandersetzungen zu dieser Diskussion ist es betont worden, dass die Mehrzahl der Gallenblasensteine ohne Erscheinung verlaufen. Für uns handelt es sich darum: Was thun wir, wenn die Leute gallensteinkrank sind. Da ist zunächst das zu sagen, dass wenigstens die überwiegende Mehrzahl der regulären Cholelithiasis-Fälle keiner Operation bedarf; das heisst, der einzelne Anfall; ob sich nicht später schwerere Komplikationen anknüpfen, ob nicht die reguläre Cholelithiasis in irreguläre ausartet, mag dahingestellt bleiben, und es kann der individuellen Ansicht des Internisten sowohl wie des Chirurgen überlassen bleiben, ob er nicht bei oft wiederholten und äusserst schmerzhaften Anfällen von regulärer Gallensteinkolik lieber dem Patienten die Gallenblase eröffnen und die Steine ein für alle Mal entleeren, als auf Jahre hinaus dem Patienten Schmerzen überlassen will, die ihn unter Umständen für seinen Beruf unfähig machen. Das wäre eine Sache individueller Ansicht. Es würde uns da nichts zu unserm Handeln drängen. Ganz anders ist es bei irregulärer Cholelithiasis. Da sind die meisten Fälle nur operativ mit Aussicht zu behandeln. Es handelt sich darum, erst diagnostisch sich klar zu werden. Es ist nicht zu leugnen, dass sehr viele irreguläre Fälle einfach als solche gar nicht erkannt worden sind oder erst dann, nachdem schon sehr schwere allgemeine Erscheinungen eingetreten sind. Es scheint notwendig zu sein, und an dieser Stelle möchte ich es noch einmal betonen, dass man im Auge behalten muss bei Schmerzen im Magen, Darm und Lebergegend, wenn auch kein Ikterus da ist, dass es sich um irreguläre Gallensteinerkrankung handeln kann. Sind wir dann einmal zur Diagnose gelangt oder ist uns die Diagnose in hohem Grade wahrscheinlich, dann wird man wohl auch nicht immer sofort operiren, wenn sich nicht gezeigt hat, dass es sich erstens einmal um entzündliche Veränderungen handelt und zweitens um progrediente Verhältnisse. Die Schmerzen mögen sich

wieder geben, ebenso die leicht entzündlichen Erscheinungen, und eine Operation, die unter Umständen schwer, vielleicht auch lebensgefährlich scheint, würde man nicht ohne weiteres machen. Sind aber die Erscheinungen nicht nur die, die bei höchst wahrscheinlicher Diagnose auf irreguläre Cholelithiasis auf entzündliche Veränderungen hinweisen, sondern sind diese auch progredienter Art, wenn auch noch so geringfügig, dann soll man auch nicht warten, bis die Sache schlimmer wird, dann soll man operiren, dann hilft nur das Messer des Chirurgen, und ich glaube, wir werden uns dahin einigen können, dass in den meisten Fällen von irregulärer Cholelithiasis bisher zu spät operirt worden ist und dass man bei sorgfältiger Beachtung der diagnostischen Elemente auch frühzeitig zur Diagnose kommen wird und immer mehr Menschen von ihren Leiden befreit und oft geradezu vom sicheren Tode gerettet werden.

Was die Frage nach dem Ikterus betrifft, so gehört sie eigentlich nicht in das Kapitel, das mir zugewiesen worden ist. Ich muss sagen, dass, obgleich im allgemeinen ein schwerer, lange bestehender Ikterus mit Gefahr unstillbarer Blutung und allgemeiner Hinfälligkeit Contra-Indikation in Bezug auf Operation ist, ich das doch nicht so absolut hinstellen möchte. Ich habe eine Anzahl Fälle gesehen, in denen bei lange bestehendem Ikterus eine Operation ohne unstillbare Blutung sehr günstig verlaufen ist. Absolut sollte uns das nicht abhalten von der Operation, obgleich bedingter Weise immerhin, und da sollten wir gerade danach streben die Fälle zu diagnosticiren und rechtzeitig zu operiren, ehe schwerer Ikterus eingetreten ist.

Dr. F. Lange (Schlusswort): Wir haben uns so ziemlich ausgesprochen. Ich möchte nur noch auf die Frage von Dr. Kaufmann in Bezug auf Carcinome, wenn Blutungen sich bemerkbar machen, antworten, dass das sowohl bei Carcinom vorkommt wie in Fällen, wo Carcinom nicht da ist. Ich habe bei beiden Varietäten die Erfahrung machen müssen, dass Patienten sich zu Tode geblutet haben infolge lange bestehenden Ikterus; ob daran der cholämische Zustand allein schuld ist oder ob Sepsis mit in Frage kommt, weiss ich nicht; im allgemeinen nimmt man an, dass die Cholämie die Ursache ist. Ich hoffe, dass, je mehr wir unseren klinischen Wahrnehmungen ein pathologisches Substrat zu unterbreiten uns gewöhnen, je mehr wir physiologisch zu denken uns bemühen und je mehr darauf aus sind, das, was wir als Symptome vor uns sehen, in Einklang zu bringen mit den pathologischen Veränderungen, um so mehr Befriedigung wir von unserem Schaffen haben werden, und dass um so genauere Indikationen unser Handeln leiten werden.

Vice-Präsident Dr. Klotz: Ich schliesse hiermit die Diskussion über Gallensteinkrankheit und spreche den Herren, die sich dabei beteiligt haben, den Dank der Gesellschaft aus.

Es sind als neue Mitglieder vorgeschlagen:

Dr. O. H. Schultze, 166 E. 64. Strasse.

Dr. J. Wiener, Jr., 65 W. 85. Strasse.

Dr. F. Koempel, 691 Lexington Avenue.

Dr. J. W. Gleitsmann berichtet im Namen des Wahlkommittees wie folgt:

BEAMTE DER GESELLSCHAFT:

Dr. W. Freudenthal, Präsident.
Dr. E. Bachmann, Vice-Präsident.
Dr. John A. Beuermann, protokollirender Sekretär.
Dr. S. Breitenfeld, stellvertretender prot. Sekretär.
Dr. A. Rose, korrespondirender Sekretär.
Dr. Louis Heitzmann, Schatzmeister.

AUFNAHME-COMMITTEE:

Dr. J. W. Gleitsmann, Vorsitzender.
Dr. Willy Meyer.
Dr. F. Lange.
Dr. Carl Beck.
Dr. H. J. Boldt.
Schluss und Vertagung.

EDITORIELLES.

Zur Verstaatlichung der Tuberkelbacillen in New York.

In einer Zeit, in welcher von allen Lehrstühlen auf die Bekämpfung der Krankheitsursachen als die vornehmste und wichtigste Aufgabe der Medicin hingewiesen wird, sollte man erwarten, dass eine Massregel der officiellen Gesundheitsbehörden, welche den Kampf mit der schlimmsten Seuche der Gegenwart zu einem einschneidenderen gestalten will, von den Aerzten mit Genugthuung begrüsst werde. Nichtsdestoweniger hat eine Verfügung des Board of Health, welche im vergangenen Januar erlassen wurde, unter den Vertretern des ärztlichen Standes einen wahren Sturm der Opposition hervorgerufen. Das betreffende Gesetz stellt die Tuberkulose auf dieselbe Linie wie die übrigen ansteckenden Krankheiten und zwingt den Arzt, jeden Fall, der in seine Beobachtung kommt, dem Gesundheitsamt zu rapportiren.

Bei der immensen Infectionsgefahr von Pocken, Cholera etc. wird jeder vernünftige Mensch es nicht nur als verzeihlich, sondern als Pflicht des Staates betrachten, dass er im Interesse des Gesammtwohls das stolze „My house is my castle" umstürzt, den Kranken gleichsam annektirt und ihn ohne Rücksicht auf seine individuelle Freiheit als gemeingefährlich isolirt. Ebenso ist der moderne Staat mit seinem Schulzwang und seinen Miethskasernen geradezu moralisch verpflichtet, auf die infectiösen Kinderkrankheiten wie Scharlach, Masern und Diphtherie ein wachsames Auge zu haben, obschon jeder praktische Arzt sehr wohl weiss, dass der Erfüllung der Anzeigepflicht nicht genügt werden kann ohne grosse Unannehmlichkeiten und selbst persönliche finanzielle Einbusse. „Der Staat verlangt von Privatärzten ohne irgend eine Entschädigung Functionen, die sie auf das Risico ihres Gewerbes durchführen müssen", so drückte sich der Wiener Chirurg Prof. Albert im österreichischen Herrenhause als Vertreter der Aerztekammern aus. In wie viel schlimmerem Masse wird das zutreffen für den Fall einer rigorosen Durchführung der Tuberkulose-Anzeigepflicht!

Natürlich steht das Gesundheitsamt ganz auf wissenschaftlichem Boden, wenn es die Tuberkulose in die Gruppe der contagiösen Krankheiten einreiht. Darüber wird eine

Discussion wohl nirgends mehr nothwendig sein. Aber ebenso klar geht aus dem Studium der Litteratur hervor, dass die Contagiosität der Tuberkulose sich mit derjenigen der obengenannten Krankheiten bei weitem nicht vergleichen lässt. „Die Infectionswege der Tuberkulose sind für die Mehrzahl der Fälle klar vorgezeichnet. Die Lungenphthise muss, soweit sie primär und bei nicht ganz jungen Kindern auftritt, als eine Inhalationskrankheit aufgefasst werden, die Darm- und Mesenterialdrüsentuberkulose ist auf Einführung des Virus mit der Nahrung, der Lupus auf Hautimpfung zurückzuführen. (Kruse, Cap. über Bacillen in Dr. C. Flügge's Die Mikroorganismen 1896, 2. Theil). Wenn wir von der seltenen Arten der Infection absehen (z. B. Pharynx, Sperma etc.), die ja nachgewiesener Massen vorkommen und wissenschaftliches Interesse haben, so lassen sich doch die Infectionsquellen auf zwei Hauptformen reduciren: einerseits das Sputum der Kranken und andererseits die Milch und in weniger hohem Grade das Fleisch perlsüchtiger Kühe. Wenn man bedenkt, dass in einzelnen Gegenden bis die Hälfte des Viehstandes tuberkulös befunden wurde, so wird man daraus die Gefahr ermessen können, welche mit dem Genusse unserer hauptsächlichsten Nahrungsmittel unter Umständen verknüpft sein kann. Die Pflicht des Staates in diesen Fällen liegt klar und lässt sich, wenn auch nur mit grossem Kostenaufwand, durchführen.

Wie begegnen wir aber der ersten und ungleich grösseren Gefahr der Ausbreitung der Krankheit durch das eingetrocknete und zerstäubte Sputum? Durch geeignete Desinfection. Und diese Desinfection will das Gesundheitsamt der Stadt New York überblicken, eventuell erzwingen mit Hülfe des neuen Gesetzes. Den Fall, der angezeigt wird, besucht der Inspektor und lässt neben den nothwendigen mündlichen Erörterungen, die sich selbstverständlich auch auf die interessirten und sich interessirenden Nachbarn erstrecken, ein gedrucktes Formular zurück, auf dessen vier Seiten in den vier hier am meisten gesprochenen Sprachen (englisch, deutsch, italienisch und hebräisch) Verhaltungsmassregeln bei Tuberkulosefällen stehen. Ueber jeder Seite ist in Fettschrift zu lesen: „Instruktion für Schwindsüchtige und solche, die mit ihnen leben." Also statt dem Arzte, der mit schonendem Tact und Discretion den gefürchteten Namen so lange als möglich umschreibt, ohne deshalb die prophylactischen Massregeln zu

vernachlässigen, schleudert der Staat gleich mit brutaler Offenheit die oft so verhängnissvolle Diagnose in das Haus. Wie deprimirend ein solches Vorgehen auf den Kranken und seine Umgebung wirken muss, lässt sich leicht denken. Allein der Schaden ist nicht nur ein moralischer. Wird nicht mancher Hausbesitzer dem Gezeichneten unter irgend einem Vorwand die Wohnung verweigern und wie viele der leichten Fälle werden auch von ängstlichen Arbeitsgebern entlassen werden. Dass solche Fälle von leichten Graden der Krankheit sehr häufig sein müssen, beweist die Thatsache, dass in einem Drittel der gemachten Sectionen ausgeheilte tuberkulöse Herde gefunden werden. Und wie oft wird eine falsche Diagnose einen Unschuldigen treffen! Wohl hat der Arzt die Pflicht, einem mit Tuberkulose oder Lues inficirten Individuum zu rathen, dass es nicht heirathe, allein er darf den Patienten nicht v e r r a t h e n, sonst hört er auf, der Freund und Vertrauensmann der Familie zu sein und er gibt das kostbarste Privilegium seines Standes aus der Hand — das ärztliche Berufsgeheimniss.

Wenn man mir auf der bacterioligschen Abtheilung des Gesundheitsamtes mittheilte, dass der Inspektor nur dort hingehen werde, wo es der Arzt ausdrücklich verlange, so steht das im Widerspruch mit dem Sinne des Gesetzes und dann lag durchaus kein Grund vor, die Bestimmungen von 1893 in dieser schroffen Weise umzuändern.

Es ist zu hoffen, dass sich ein Weg finden wird, der ein einiges und geschlossenes Vorgehen von Aerzten und Gesundheitsbehörden in dieser wichtigsten hygieinischen Frage ermöglicht. Die Conditio sine qua non von Seiten der Aerzte muss aber sein, dass sich der Staat nur in Ausnahmsfällen zwischen ihn und die Familie stelle, sonst wird der ärztliche Stand in kurzer Zeit zu den „Ursachen seines wissenschaftlichen Niederganges“ eine neue und nicht unbedeutende hinzuzufügen haben.

Eine Besprechung des 50-jährigen Jubiläums der N. Y. Academy of Medicine muss wegen Raummangels auf die nächste Nummer verschoben werden.

Therapeutische und klinische Notizen.

— Die Methode der Serumdiagnose versuchte Dr. Jez am k. k. Wilhelminenhospital in Wien (Wr. med. Woch. No. 3) in Fällen von Pneumonia crouposa, Perityphlitis, Bronchitis infectiosa, in 4 Fällen von Typhus abdom. und in 1 Fall von Meningitis tuberc. Das Resultat war in den drei erstgenannten Affectionen negativ, bei den vier Typhusfällen positiv, ebenfalls positiv aber in dem Meningitisfall. Jez schliesst daraus, dass die Reaction kein verlässliches Symptom des Abdominaltyphus sei und keine strenge Specifität besitze. Die Münch. Med. Woch. wirft bei dieser Gelegenheit die Frage auf, ob es angebracht sei, die fragliche Reaction als Widal'sche zu bezeichnen, wie es in den meisten Arbeiten geschieht. Die Reaction wurde von Max Gruber entdeckt und von Widal allerdings zuerst am Krankenbette klinisch-diagnostisch verwerthet.

— Jaques L. Reverdin berichtet in der Revue medicale de la Suisse Romande No. 1, 1897, über sehr günstige Erfahrungen, welche er nach dem Vorschlag von Kussmaul mit der Anwendung von kleinen Dosen von Natrium sulf. (0,1 cgr. stündlich) bei lange anhaltenden und profusen Blutungen erzielte. Er erprobte das Mittel in Fällen von Epistaxis, Menorrhoea, Metrorrhagie, Nachblutung von Operationen. Aus den von Reverdin ausgeführten Thierversuchen geht hervor, dass das Natr. sulf. die Blutgerinnung beschleunigt und damit hämostatisch wirkt.

— Kürzlich machte Dr. Mahille der „Société centrale de médecine du Nord" eine interessante Mittheilung, welche sich auf den Einfluss des Arsens auf die Toleranz der Schilddrüsenmedication bezog. Es handelt sich um eine Frau von 42 Jahren, die mit einem Kropf behaftet war und bei welcher die durch 3 Monate fortgesetzte Jodtherapie keinerlei Erfolg gab. Es wurde deshalb ein Versuch mit der Schilddrüsenmedication in täglichen Dosen von 0.6—0.7 Grm. der frischen Schilddrüse angestellt. Trotz dieser geringen Gaben stellte sich alsbald bei der Kranken eine Beschleunigung der Pulsfrequenz auf 110, neuralgische Schmerzen und allgemeiner Tremor ein. Um diese Symptome zu vermeiden, verordnete M. Arsen, während er gleichzeitig die Dosen des Schilddrüsenpräparates herabsetzte. Da sich hierbei die unangenhmen Begleiterscheinungen der Schilddrüsentherapie in der That verminderten, stieg M. alsbald wieder zu den früheren Dosen an und konnte beobachten, dass sämmtliche früher vorhandenen Störungen sowohl von Seiten des Nervensystems, als die von Seiten des Circulationssystems ausblieben. Nach einem Monate war die Kranke geheilt und es war auch zu keiner Abmagerung gekommen. Um sich zu überzeugen, ob der günstige Einfluss in der That dem Arsen zuzuschreiben sei, unterdrückte M. während einiger Tage die Arsenmedication, worauf die Symptome des Thyreoidismus sich in ihrer ganzen Intensität wieder einstellten.

Kleine Mittheilungen.

— Da die Tuberkulosefrage gegenwärtig im Vordergrund des medicinischen Interesses steht, so ist es sehr zeitgemäss, dass das Thema „Tuberkulose und Versorgung tuberkulöser Armen" in der nächsten Sitzung der Deutschen med. Gesellschaft der Stadt New York am ersten März den Gegenstand einer allgemeinen Discussion bilden wird. Dr. George Mannheimer hat das einleitende Referat übernommen und weiterhin werden sich an der Discussion betheiligen Dr. Adler, Schwyzer, Knopf, Freudenthal, Arcularius u. A.

— Die nächste Sitzung der Gesellschaft deutscher Aerzte in 110 West 34. Strasse findet Freitag, den 26. Februar statt; diejenige der Aerzte des deutschen Hospitals und Dispensary Mittwoch, den 24. Febr. im Hotel Logerot, 18th Str. und 5th Ave. In derselben wird Dr. A. Gerster einen Vortrag halten „Beiträge zur Nierenchirurgie."

— Aus dem Jahresbericht des Deutschen Dispensary, 137 Second Ave., für das Jahr 1896 sind die folgenden Zahlen von Interesse: Im Ganzen wurden 29,812 neue Patienten behandelt, welche 80,655 Besuche machten und an welche 32,600 bezahlte und 12,208 unentgeltliche Recepte verabreicht wurden. Die höchste Besuchszahl an einem Tage war 382, die kleinste 127. Zähne wurden 1803 extrahirt. Die Patienten vertheilen sich in der folgenden Weise auf die einzelnen Abtheilungen: Chirurgie, 4113 mit 11,269 Besuchen; Kinderkrankheiten, 4047 (9043); Nervenkrankheiten, 1235 (8521); Augenkrankheiten, 1858 (5423); Frauenkrankheiten, 1528 (6126); Hautkrankheiten, 3072 (8478); innere Krankheiten: Männer, 4772 (10,506); Frauen, 4043 (9583); Hals- und Ohrenkrankheiten, 3331 (9903).

— In der Legislatur wurde eine Bill eingereicht, welche die Aufstellung einer Prüfungscommission befürwortet mit der Befugniss, Personen, welche brillenbedürftige Augen zu behandeln wünschen, nach bestandener Prüfung ein Fähigkeitszeugniss auszustellen. Die schlimmen Folgen eines solchen Gesetzes liegen auf der Hand. Eine Menge sogenannter „schwacher Augen" lassen sich auf constitutionelle Krankheiten und Augenhintergrundsveränderungen zurückführen, deren Erkennung nur dem wissenschaftlich gebildeten und untersuchenden Arzte möglich ist und selbst die richtige Beurtheilung und Behandlung einer grossen Anzahl reiner Refractionsanomalien ist nicht möglich ohne geschultes klinisches und physiologisches Denken. Wenn es daher auch nicht zu vermeiden ist, dass ein Theil des kurz- und altersichtigen Publikums sich ohne den Umweg zum Specialisten seine Brille beim nächsten Optiker selbst aussucht, so soll andererseits der Staat sich hüten, eine gesetzlich priviligirte Klasse zu schaffen, welche ein Unding ist zwischen Quack und wissenschaftlichem Augenarzt. Es ist deshalb dringend wünschenswerth, dass sich möglichst viele Aerzte und ärztliche Gesellschaften dem Proteste anschliessen werden, zu dem das Committee on Legislation of the Medical Society of the County of New York in dieser Angelegenheit aufruft.

— Offenheit ist eine Haupttugend im Geschäftsverkehr und der Patient, der die folgende Karte an College St. schrieb, gehört wenig-

stens nicht zu denen, die einen lang mit langweiligen Ausflüchten hinhalten: Herr Doktor. Wiederholt haben Sie geschrieben. Unsinn von Ihnen, das hat sich verjährt, Sie sparen Zeit, Papier und Tinte, plagen Sie sich nicht mehr (in writing or calling). Wo nichts ist, hat der Kaiser sein Recht verloren. (Unterschrift).

— Die von alten und neueren Schriftstellern aufgestellte Hypothese, dass in Italien die innige Betrachtung und Vertiefung in die Altarbilder von Seiten der jungen Mütter Grund sei, warum man bei der Bevölkerung so viele Madonnengesichter antreffe, wird glücklicherweise von streng wissenschaftlich physiologischer Seite angezweifelt. Sonst müsste man bei der Aufdringlichkeit, mit der die scheussliche Missgeburt des Yellow kid hier in Sonntagsblättern, Placaten, in den Schaufenstern und schliesslich natürlich auf der Bühne, dem Auge begegnet, der New Yorker Nachkommenschaft, was Schönheit anbelangt, eine recht zweifelhafte Prognose stellen.

— Welchen Werth die von Nicht-Aerzten ausgeübte Leichenschau hat, beweist ein kürzlich in Schwaben vorgekommener Fall, in welchem der als Leichenschauer fungirende Bader einen Leichenschauschein folgenden Inhalts ausstellte: Todtgeborenes Kind. Todesursache: Darmkatarrh. (München. Med. Woch.).

— Vor einigen Monaten wurde der berühmte Hygieniker Prof. Erismann in schroffster Weise seiner Stellung an der Universität Moscau entsetzt, ein Opfer kleinlichen Neides und ränkevollen politischen Intriguenspiels. Der Sturm der Entrüstung, der sich darüber in der ganzen medicinischen Welt, auch hier in Amerika (Dr. William Robinson im Medical Record), erhob, liess befürchten, dass das bedauernswerthe Ereigniss nicht verfehlen werde, seine trüben Schatten auf den bevorstehenden internationalen Congress in Moscau vorauszuwerfen. Prof. Erismann selbst sucht dieser Gefahr zu begegnen, indem er an das Correspondenzblatt für Schweizer Aerzte einen Brief richtet, aus welchem dasselbe die nachfolgende Stelle veröffentlicht: „Es hat mich sehr gerührt, dass Sie und Ihre Freunde so lebhaft zu reagiren gedenken. Aber ich möchte Sie doch von mir aus dringend bitten, dies nicht zu thun. Ich wünsche nach wie bevor, dass der Congress gelingen möge und eine möglichst grosse Betheiligung finde. Ich bin dies speciell meinen Collegen von der medicinischen Facultät in Moscau schuldig, welche sich in meiner Sache sehr nobel benommen haben. Sie haben mich auch gebeten, alles mögliche zu Gunsten des Congresses zu thun. Ich möchte niemals die Ursache sein, dass jemand dem Congresse fern bleibe. Denjenigen, welche mich so rücksichtslos behandelt haben, wäre ein Fallit des Congresses gleichgültig, aber für die russischen Aerzte und speciell für die medicinische Facultät wäre dies ein schwerer Schlag. Thun Sie das den Leuten nicht zu Leide, sie verdienen es nicht. Ich bitte Sie also aus ganzem Herzen, die Frage einer Auflösung des schweizerischen National-Comité nicht aufzuwerfen, sondern energisch für den Congress einzustehen."

— Das gerichtlich-medicinische Institut der Universität Lyon veranstaltet eine Enquete über den Selbstmord, welche alle einschlägigen Fragen umfassen soll, als: Ursache des Selbstmörders, die fixen

Ideen der Selbstmörder, Todesarten, Frequenz, epidemisches Auftreten, Heredität, Character, Suggestion etc. Dr. Laupt nimmt unter der Adresse der Verlagsbuchhandlung Carré, rue Racine, Paris, die betreffenden Mittheilungen entgegen.

— Für den in Berlin im nächsten Sommer stattfindenden Congress für interne Medicin sind bis jetzt ausser den schon in der letzten Nummer erwähnten Vorträgen noch folgende Vorträge angemeldet: Herr A. Fränkel (Berlin) und Herr C. Benda (Berlin): Klinische und anatomische Mittheilungen über acute Leucämie. — Herr v. Jaksch (Prag): Klinische Beiträge zur Kenntniss des Kohlehydratstoffwechsels. — Herr O. Liebreich (Berlin): Die Ziele der modernen medicamentösen Therapie. — Herr E. v. Leyden (Berlin): Ueber die Prognose der Rückenmarkskrankheiten. — Herr Martin Mendelsohn (Berlin): Die klinische Bedeutung der Diurese und die Hilfsmittel ihrer therapeutischen Beeinflussung. — Herr A. Baginsky (Berlin): Zur Pathologie und Pathogonese der kindlichen Sommerdiarrhoen; mit Demonstration. — Herr Emil Pfeiffer (Wiesbaden): Zur Aetiologie des chronischen Gelenkrheumatismus. — Herr Rumpf (Hamburg): Neue Gesichtspunkte in der Behandlung chronischer Herzerkrankungen. — Herr Fürbringer (Berlin): Zur Klinik der Lumbalpunction. — Herr Jacques Mayer (Karlsbad): Diabetes mellitus im jugendlichen Alter.

— Die erste Januarnummer der Münchener medicinischen Wochenschrift ehrt das Andenken des im letzten Jahre verstorbenen Schweizer Arztes und Hygieinikers Dr. Jakob Laurenz Sonderegger mit einem warmen Nachruf aus der Feder von Dr. Max von Pettenkofer und bringt als Beilage das Portrait des langjährigen verdienten Führers der schweizerischen Aerzte.

— Frequenz der deutschen medicinischen Facultäten. Im laufenden Wintersemester sind inscribirt: An der Universität Berlin 1313, Bonn 269, Breslau 310, Erlangen 349, Freiburg 324, Giessen 196, Göttingen 233, Greifswald 315, Halle 236, Heidelberg 180, Jena 203, Kiel 244, Königsberg 237, Leijzig 677, Marburg 247, München 1188, Rostock 106, Strassburg 309, Tübingen 221, Würzburg 749, insgesammt 7906 gegenüber 7796 im letzten Wintersemester.

— Todesfälle: In Stockholm starb Prof. Karl Hermann Sätherberg, der Bahnbrecher der schwedischen Heilgymnastik; in London der frühere Prof. der Chemie und Medicin in Calcutta, Dr. Monat.

— Wohnungswechsel: Dr. Adolf Zederbaum von New York nach Denver, Col., 621 17th Ave.

Geschäftliche Zuschriften, Geldsendungen, Bestellungen, u. s. w., sind zu richten an : Medical Monthly Publishing Co.," 17-27 Vandewater Street, New York

Manuscripte, Wechselblätter und Anfragen bezüglich des Inhaltes sind an den Herausgeber zu richten.

ALFRED MICHEL,
302 W. 32d St.

New Yorker
Medicinische Monatsschrift.

Officielles Organ der
Deutschen Medicinischen Gesellschaft der Stadt New York.
Redigirt von Dr. Alfred Michel.

Bd. IX. New York, 20. März, 1897. No. 3.

ORIGINALARBEITEN.

Fehlgriffe in der Hydrotherapie.

Von

Dr. Simon Baruch.

Trotz seines Alters hat das Wasser in der Heilkunde keinen festen Fuss gefasst; ungeachtet seiner ausgesprochenen klinischen Erfolge muss es noch immer die Beachtung der praktischen Aerzte erbitten; trotz seiner Einführung in die alte und moderne Medizin und Literatur durch die höchsten Autoritäten sind seine Geschichte, seine Wirkungsweise und therapeutischen Verdienste für den Durchschnittsarzt ein unbekanntes Gebiet. Welche Gründe sind für diesen Mangel an Werthschätzung der Hydrotherapie aufzuweisen?

1. Die Schwierigkeit der systematischen und exakten Anwendung des Wassers, welche ihren Grund hat in der weniger leichten Durchführung und in dem in der menschlichen Natur gelegenen Widerstreben gegen die äussere Anwendung kalten Wassers überhaupt.

2. Die Aufnahme des Wassers als universales Heilmittel in die Empirik von unwissenden Laien, die keinen Begriff von den Indicationen der Hydrotherapie haben und deren Hauptziel eine erfolgreiche Reklame ist.

3. Die Thatsache, dass die Hydrotherapie nicht in den Studienplan der medizinischen Schulen aufgenommen ist. Diesen beklagenswerthen Umständen muss es zugeschrieben werden, dass die Mehrzahl der Aerzte mit der inneren Begründung der Hydrotherapie und mit der Nothwendigkeit einer exakten Technik vollständig unbekannt ist.

Da das Haupthinderniss der Anerkennung des Wassers als eines der wichtigsten therapeutischen Agentien gerade

in Fehlgriffen in der Technik liegt, will ich heute Abend blos auf dieses Thema Ihre Aufmerksamkeit lenken, meine Herren.

Der Schablone in der Anwendung des Wassers sind Misserfolge in den Händen Vieler zuzuschreiben, und die durch dieselbe erzeugte Entmuthigung ist als eine Hauptursache der herrschenden Indifferenz aufzufassen. Nichtbeachtung der Einzelheiten führt sicher zu Misserfolgen. Da nun jeder Arzt den Werth eines Heilmittels aus seiner eigenen Erfahrung beurtheilt, so wird ein Fehlschlagen seiner Hoffnungen, die er auf Grund der Erfahrung anderer in dasselbe gesetzt, dieses selbst in Misscredit bringen. Doch darf die Thatsache nicht übersehen werden, dass n i c h t d a s H e i l m i t t e l, s o n d e r n d e s s e n u n r i c h t i g e Anwendungsweise zu verwerfen ist. Diese mächtige Strömung von Vorurtheil und Opposition im Zaume zu halten und ihr entgegenzuwirken, ist seit Jahren das Ziel meines Strebens.

Wasser ist ein so einfaches Mittel, seine Anwendung in der Therapie so naheliegend, dass Jedermann die Berechtigung zu haben scheint, Hydrotherapie zu treiben, und doch — ich bin mir der Bedeutung meiner Worte voll bewusst — erfordert kein Heilmittel in der ganzen Medizin gleiche Kritik und Sorgfalt in der Applikation. Eine Illustration dieser Behauptung möge genügen:

Im Februar 1889 hielt ich den ersten Vortrag über die Vortheile der Brand'schen Methode in Albany. Ein jetzt berühmter Lehrer sagte mir damals, er wolle nie ein solch heroisches Heilmittel anwenden, seitdem er einen hervorragenden Arzt im Bellevue Hospital durch die Kaltwasserbehandlung eine Patientin hätte „tödten" sehen. Weitere Fragen ergaben die Thatsache, dass die sogenannte Brand'sche Methode darin bestand, dass man die Patientin, in ein Laken gewickelt, auf eine „Kibbe" Cot brachte und so lange mit Eiswasser berieselte, bis die Temperatur im Munde bedeutend erniedrigt wurde.

Obgleich ein vielversprechender junger Arzt, war dieser Kollege gegen eine Wassermethode voreingenommen, mit welcher weder er noch sein berühmter Lehrer vertraut war. Beide betrachteten die Erniedrigung der Temperatur als das Hauptziel der kalten Bäder, beide hielten jede beliebige Applikation kalten Wassers für ein Bad, ohne zu berücksichtigen, dass Verschiedenheit in der Technik auch verschiedene Wirkung hervorrufen muss. Ein Blick auf das wahre Ziel und den

inneren Grund der Kaltwasserbehandlung des Typhus, wie sie Ernst Brand eingeführt, wird klar zeigen, dass Abweichen von der vorgeschriebenen Technik ein Fehlgriff ist, welcher eine differente Wirkung zur Folge haben muss. Typhus ist eine Infections-Krankheit, die im menschlichen Organismus eine Toxämie erzeugt, welche das Nervensystem, von dessen Unversehrtheit die Funktionsfähigkeit aller Organe abhängt, schädigt. Funktionseinstellung von Seiten eines oder mehrerer Organe hat Tod zur Folge. Es ist sicher erwiesen, dass hohe Temperatur, wiewohl durch die Tradition zur Hydra gestempelt, nicht die Hauptgefahr in dieser Krankheit bildet. Wenn Puls, Respiration, Ernährung und Secretion nahe der Norm erhalten werden, so kann die Temperatur, wiewohl ein bedeutungsvolles Symptom, doch als lethaler Factor vernachlässigt werden. — Als daher Brand seine Wasserbehandlung empfahl, welche Tausende vor sicherem Tode errettete, die Mortalität des Typhus fast auf Null reducirte, rieth er dringend, das Hauptaugenmerk zunächst auf die Kräftigung der Nervencentren zu richten und hernach auf die Temperatur. Obwohl letztere als ein Index der Schwere des durchschnittlichen Falles betrachtet wird, richtet sich das Bad dennoch nicht gegen die Temperatur selbst. Ein Bad von 65° F., verbunden mit Friction durch 20 Minuten alle 3 Stunden, sobald die Körpertemperatur 102^{5}° F. erreicht, rüttelt die Nervencentren aus ihrer Lethargie empor und regt sie von Neuem zur Function an. Die niedrige Badetemperatur erregt die peripheren Nervenendigungen, von welchen der Reiz zum Centralnervensystem fortgeleitet wird, um von da aus wieder auf das Herz, die Lungen und Secretionsorgane reflectiert zu werden. Die Reibung erhöht den Reiz, das kalte Wasser wird in Bewegung erhalten; kalte Uebergiessungen des Kopfes und der Schultern fördern denselben Zweck.

Das Nervensystem anzustacheln — wie es bei Vergiftungen mit narkotischen Substanzen geschieht, — ist die Absicht des Brand'schen Bades, und dieses Ziel erreicht es vollkommen. Der vorher benommene Pätient verlässt das Bad erfrischt, gekräftigt; seine Augen glänzen, Müdigkeit stellt sich ein, gerade recht, um den so ersehnten Schlaf herbeizuführen — ein Halt, wenn auch von kurzer Dauer und anscheinend geringfügig; ist gemacht in dem stetigen und sicheren Fortschreiten der Giftunterwühlung des Nervensystems. Wiederum verfällt das Letztere in Entkräftung, nicht immer kenntlich an

Delirium oder Stupor, aber doch recht merklich an dem fliegenden, leicht unterdrückbaren Pulse, der seichten, frequenten Athmung, dem bleichen oder cyanotischen Gesichte, der tödtlichen Blässe der allgemeinen Hautdecke, der Verringerung der Urinsecretion und damit der Ausschaltung toxischer Substanzen aus dem Körper etc. Wiederum wird der Patient in ein Bad gesteckt, abgerieben und gedouchet, und wiederum ist der Feind für längere oder kürzere Zeit in Verwirrung gebracht. So wird sein Fortschreiten Schritt für Schritt in Frage gestellt. Tag für Tag, mancher bringt wohl auch Enttäuschungen, wird dem Fieber 1/5, $\frac{1}{4}$ oder $\frac{1}{2}$ Grad abgerungen, das Herz behält seine Kraft bei, die Nerven leisten erhöhte Arbeit, der Magen wird geneigter, die ihm gereichte Nahrung anzunehmen, Schlaf stellt sich ein. Die Krankheit kann zwar nicht abgekürzt, der Feind nicht in die Flucht geschlagen werden, aber wir halten ihn sicher und vollständig im Schach, bis endlich seine Verstärkung ausbleibt. Die Lebenszeit der Bacterien geht zu Ende, Toxine werden nicht mehr producirt, und zuletzt steht der Arzt als Besieger dieses todtbringenden Feindes da. Dies ist das wahre Ziel, das Ideal des Brand'schen Bades. Wäre Herabsetzung der Körperwärme das Hauptbedürfniss, wir hätten den Schlüssel zur Situation in unseren ausgezeichneten Kohlentheer-Antipyreticis; wäre Verminderung der Pulszahl unser Wunsch, veratrum viride würde sich als „Sesam, öffne dich" erweisen; wäre Ernährung das Hauptziel, die moderne kulinarische und chemische Wissenschaft besitzt der Mittel die Menge. Aber all dies ist eitel angesichts der Blutvergiftung, welche das Nervensystem der Kranken, der Stärksten sowohl wie der Schwächsten, untergräbt. Dass das kalte Bad, wie es Brand anräth, die Gewebe beeinflusst, ist durch absolut einwandsfreie statistische Daten (geliefert von Oberstabsarzt Dr. Vogl in München) bewiesen worden. Warum daher von einer bewährten Methode abweichen, ohne dass gute Gründe dafür vorliegen? Den Patienten in ein Laken zu wickeln, ihn hernach mit Eiswasser zu berieseln, wie es in dem oben citirten Falle geschehen, ist ein Fehlgriff — ein Abweichen von der correcten Technik des Typhusbades. Solche Massnahmen entsprechen nicht dem Hauptzwecke der Erregung des Nervensystems. Nachdem der erste Shock vorüber, fehlt die Möglichkeit des Reactionseintrittes, da das Bespritzen mit Eiswasser fortdauert, die Hautgefässe und das elastische Gewebe der Haut sich contrahiren

— zum Beweise das Auftreten von cutis anserina. Die durch das nasskalte Laken hervorgerufene und ohne Unterbrechung mitgetheilte Abkühlung stumpft die Gefühlsnerven ab und verhindert dadurch die Fortleitung des Shocks und den Eintritt des nachfolgenden Reizes, selbst wenn das Individuum ausnehmend stark ist. Die Abwesenheit der Friction in jener unrichtigen Ausführungsweise, welche beim Brand'schen Bade die Reaction anregt und durch Erweiterung des Blutareales in der Haut eine grosse Menge desselben zur Abkühlung bringt, macht den wahren Zweck des kalten Bades illusorisch. Die Oberflächentemperatur wird durch diese unrichtige Methode allerdings herabgesetzt, aber das Blut zugleich nach dem Körperinnern getrieben, die Organe werden congestioniert, mit Blut überladen, und der Patient verlässt ein solches Bad fröstelnd, cyanotisch und hinfälliger als zuvor. Selbst solch ein Lakenbad, wie es von jenem obenerwähnten bekannten Arzte angewendet worden, hätte durch richtiges Verständniss der Kunstregeln so modificirt werden können, dass es von wohlthätigem Einflusse gewesen wäre. Wenn nicht Herabsetzung der Temperatur, sondern Nervenreiz das Ziel gewesen, wenn das Besprengen rasch mit Wasser nicht unter 60° F. vorgenommen worden wäre, und wenn der Wärter hernach das nasse Laken über jeden Körpertheil gründlich mit der flachen Hand gerieben hätte, bis er warm geworden, wenn also jeder Theil des Körpers bespritzt, gerieben, abgeklatscht und erwärmt worden wäre, bis die Haut nicht mehr an Röthe zunimmt, so hätte man der gefährlichen Contraction der Hautgefässe vorgebeugt, einen Reiz auf die Vasodilatatoren ausgeübt und auf diese Weise eine Reaction zuwegegebracht, deren Fortleitung in das Gehirn von heilsamem Einflusse gewesen wäre. Dass die oben besprochene unrichtige Anwendung sich todtbringend erwiesen hat, war die Folge eines Fehlgriffes in der Technik, begründet in einem Missverständniss der Grundregeln des kalten Bades beim Typhus.

Ich freue mich constatiren zu können, dass Beide, Lehrer und Schüler, jetzt die Brand'sche Methode mit Erfolg anwenden. Sie haben sich die Technik zu eigen gemacht und befolgen sie mit wenigen Ausnahmen genau, wie es jetzt in den meisten hiesigen Hospitälern der Fall ist. Dass dies die volle Anerkennung verdient, wird dem beobachtenden Praktiker bald offenbar. Nur durch strikte Befolgung derselben können solch' ideale Resultate erlangt werden, wie sie

Brand, Jürgensen und andere in 1200 Fällen mit einer Mortalität gleich Null erzielt haben. Diese Technik nun lehrt uns mit Frictionsbädern von 65° F. vor dem 5. Tage zu beginnen und dieselben alle 3 Stunden ohne Unterbrechung Tag für Tag, wenn der Patient wach ist, so lange fortzusetzen, als die Temperatur 102°5° F. erreicht oder überschreitet. Jürgensen gibt an, dass, wann immer er von der strikten Brand'schen Methode abwich, er Grund gehabt habe, es zu bereuen, und meine eigenen Beobachtungen bestätigen seine Erfahrung. Ich habe wiederholt darauf hingewiesen, dass selbst hervorragende klinische Lehrer nicht im Stande waren, jene idealen Resultate zu erlangen, einfach weil sie von der idealen Technik abwichen, diese nach eigenem Gutdünken modifizirten. Dass die Aerzte den Vorschriften Brand's blindlings folgen müssten, wird durchaus nicht gefordert, doch möge die Brand'sche Methode, bestimmt in ihrer Technik, für die Misserfolge, welche ihren Modificationen zukommen, ebensowenig verantwortlich gemacht werden, als die aseptische Technik in der Chirurgie für die Nachtheile, welche aus einer Nichtbeachtung irgend einer der hier aufgestellten Forderungen entstehen.

So darf zum Beispiel der Arzt, welcher mit der Wasserbehandlung nicht früher beginnt, als bis die Diagnose durch das Auftreten von Roseola erhärtet ist, auch nicht jenen Schutz vor lethalen Complicationen erwarten, den die frühzeitige Anwendung sicher gewährt, mag er auch während des ganzen Krankheitsverlaufes den Vorschriften Brand's genau folgen. Sicher wird aber dieser Arzt geringere Mortalität aufweisen, als ein anderer, der regelmässig in der 2. oder 3. Woche beginnt, oder derjenige, welcher nur in höheren Temperaturen eine Indication zur Badebehandlung sieht, oder endlich einer, der dem Patienten oder dessen Verwandten zu Liebe die Temperatur des Bades erhöht. Ich plaidiere für Beachtung der genauen Technik Brand's in allen jenen Fällen, wo nicht ausgesprochene Contraindicationen vorliegen. Dass solche sich oft finden, lehrt meine eigene Erfahrung. So kommen Hospitalfälle selten vor dem 5. Tage zur Beobachtung; daher die Unmöglichkeit, Diarrhöe, Tympanites, Haemorrhagien und Perforation mit Sicherheit zu verhüten, wie es Vogl im Militärlazareth gelungen ist. In privater Praxis habe ich es mir zum Princip gemacht, baden zu lassen, sobald die Symptome halbwegs verdächtig sind. Dass Bäder

in jeder mit Fieber einhergehenden Krankheit von Vortheil sind, wird niemand leugnen. Während also ein frühzeitiges Bad niemals schädlich sein kann, ist es andererseits, wenn wirklich Typhus sich entwickelt, ein wichtiger Schritt zur Einführung einer höchst segensreichen Behandlung.

Prof. Osler constatirt — und das dürften alle die, welche die Brand'sche Technik strikte befolgen, bestätigen — dass nach diesen Bädern das Bewusstsein sich aufhellt, der Stupor nachlässt, eine allgemeine Kräftigung der Herzthätigkeit erfolgt, Schlaflosigkeit abnimmt, und die Sterblichkeit auf ein Minimum reducirt wird.

Diese Erfolge können nur durch minutiöseste Beobachtung der kleinsten Details der Brand'schen Methode erzielt werden; denn diese ist eine Neuerung gegenüber allen anderen Arten der Kaltwasserbehandlung, bestehe diese in Bädern, Douchen oder Uebergiessungen, welche Herabsetzung der Temperatur im Auge haben.

Ich verweilte so lange bei der Erläuterung dieses Punktes, weil ich durch eingehende Beobachtungen und sorgfältige Nachfrage unter den praktischen Aerzten Deutschland's und der Vereinigten Staaten die Ueberzeugung gewonnen habe, dass die Unterschätzung des therapeutischen Werthes dieser Bademethode und der dadurch bedingte Mangel an Anerkennung von Seiten der Praktiker der Ausserachtlassung der exakten Vorschriften des Brand'schen Bades sowie der daraus resultirenden allzufreien Abweichung von der correkten Technik zuzuschreiben ist. Diejenigen Aerzte, welche letztere vollkommen beherrschen, werden mit Prof. Delafield übereinstimmen, welcher in einer klinischen Vorlesung im Roosevelt Hospital erklärte, dass 1. die einzig richtige Behandlung des Typhus in kalten Bädern besteht, und 2. die alleinig wirksame Art ihrer Anwendung die Brand'sche Methode darstelle."

Die Ansicht dieses mit Recht berühmten Lehrers wird durch die Thatsache noch werthvoller gemacht, dass derselbe am 18. Februar 1890 (beinahe 3 Jahre früher) in einer Sitzung der New York Academy of Medicine bei der Besprechung meiner Arbeit über Typhusbehandlung gesagt hatte, dass er „keine wesentliche Erfahrung in der Brand'schen Methode des kalten Bades habe, dass der in dem Vortrage gelieferte Beweis, dass in den Vereinigten Staaten diese Behandlung nie wirklich versucht worden ist, auf Richtigkeit beruhe."

„Es sei erwiesen", glaubte er, „dass kaum Einer die ganze Methode in all ihren Consequenten gründlich durchgeführt habe." (New York, Medical Record, March 22nd, 1890, page 336). Dies ist ein Beispiel wahrer wissenschaftlicher Unparteilichkeit. Ein grosser Lehrer gewinnt die Ueberzeugung, dass eine Methode von Werthe sei, aber in ihrer exakten Technik befolgt werden müsse, er führt sie in seine Praxis ein und bringt nach 3 Jahren die Resultate vor seine Schüler, in jener offenen, ehrlichen Weise, die ihm eigen ist. Gibt es einen schlagenderen Beweis für den Werth einer exakten Technik in der Hydrotherapie, als diese freie Aussage eines der grössten medicinischen Lehrer der Gegenwart?

Unsere Lehrer dringen auf die richtige Dosirung von Medicamenten, genaue Einhaltung der Zeit und Art ihrer Darreichung und der Häufigkeit ihrer Wiederholung und selbst auf Reinheit der Darstellung. Ich plaidire für gleiche Sorgfalt und Aufmerksamkeit in der Verschreibung von Wasser als Heilmittel.

Dass Präcision in der Technik ganz ebenso wichtig ist in der Behandlung chronischer Krankheiten als acuter, kann leicht bewiesen werden. Die Mehrzahl der Aerzte theilt jedoch diese Ansicht nicht. Dies ist ersichtlich aus einer Annonce, die eine bekannte Wasserheilanstalt aussandte, und welche lautete: „Verabreichen Sie dem Träger eine Douche, ein Schwefelbad etc. (Der Arzt möge das Bad, welches nicht gebraucht wird, ausstreichen)." Man könnte ebenso gut folgendes Recept schreiben: „Verabreichen Sie dem Patienten Chinin, Morphin oder Sulfonal", ohne die genaue Dosis oder Art ihrer Darreichung zu specificiren. Ein solches Recept würde gewiss als unvollständig, ja als vernunftwidrig bezeichnet werden. Dass die Verordnung eines Bades oder anderer hydriatischer Massnahmen ohne genaue Angabe der Temperatur, Dauer, des Drucks und der Methode gleichfalls unsinnig ist, bedarf wohl keines weiteren Beweises. Die Wichtigkeit von Druck, Temperatur und Dauer einer jeden hydriatischen Procedur muss mit Nachdruck hervorgehoben werden. Jeder Arzt sieht ein, wie verschieden der Effekt differenter Temperatur ist, und doch sind Verordnungen eines kalten, lauwarmen oder heissen Bades gang und gäbe. Unter einem kalten Bade versteht man gemeiniglich ein Bad, dem kein heisses Wasser zugesetzt worden ist. Die Temperatur eines solchen Bades würde, wie genaue Beobachtungen im hydriatischen In-

stitute ergeben haben, in der Stadt New York im Winter 45° F., im Hochsommer 75° F. betragen. Dass 30 Grade einen enormen Unterschied in der Wirkung haben, liegt auf der Hand. Und doch wird die genaue Badetemperatur selten angegeben. Gerade so wie das B r a n d'sche Bad in den Händen derer Misserfolge gehabt hat, welche seine Technik modificirten, so sind auch die ungünstigen Resultate der Hydrotherapie bei der Behandlung chronischer Krankheiten ihrer ungenauen Handhabung zuzuschreiben. Ich wiederhole, dass Temperatur, Druck, Dauer und Methode mit derselben Exaktheit vorgeschrieben und angewendet werden sollte, welche bei der Verschreibung von Medicamenten bezüglich Dosis, Bereitung und Methode der Darreichung beobachtet wird. Zur Erläuterung möge die Behandlung der Phthisis dienen. Es gibt wohl keine chronische Krankheit, deren unbeugsamer Charakter so wohl ausgeprägt ist, und doch glaube ich ohne Befürchtung eines Widerspruches die Behauptung aufstellen zu können, dass die Phthisis durch Hygiene, richtige Diät und methodisch angewendete Hydrotherapie mehr beeinflusst werden kann, als andere Krankheiten, deren Behandlung als schwieriger hingestellt wird. Besonders in den Frühstadien, bevor Temperaturerhöhung und Pulsbeschleunigung in Erscheinung treten, wo die Hauptmanifestation eine allgemeine ist und in der Verschlechterung der Ernährung besteht, welche durch ihre lange Dauer das Fortschreiten der Tuberculose begünstigt, habe ich von der Hydrotherapie überraschende Resultate erhalten. In den Krankensälen des Montefiore Home of Incurables, wo derartige Fälle von einem Stabe erfahrener Aerzte beobachtet werden, und in meiner Privatpraxis — die Sputa wurden im Vanderbilt Laboratorium und von anderen Experten untersucht — sind solche günstigen Resultate wiederholt erzielt worden. Die richtige Technik in diesen Fällen beruht auf einer Verbesserung des Ernährungszustandes. Dass durch passende Behandlung mit Douchen von mässiger oder niedriger Temperatur ein derartiger Einfluss ausgeübt wird, ist keinem Zweifel unterworfen. Die Methode, welche der praktischen Beobachtung entspringt, und die ich im Montefiore Home einführte, besteht in der allmählichen aber progressiven Gewöhnung des Patienten an niedere Temperaturen und hohen Druck. Sie ist in meinem Buche genau beschrieben.

So arbeitet die erregende Wirkung des Wasserstrahls, der

unter einem gewissen Drucke auf die Körperoberfläche geworfen wird, der gleichzeitigen Wärme absorbirenden Kraft der verhältnissmässig niedrigen Wassertemperatur entgegen; die Erregung der sensorischen Nerven ist eine milde, die Reaction dementsprechend. Täglich wird erstere verstärkt, bis eine ausgesprochene Reflexwirkung in Form einer Vertiefung der Respiration und Kräftigung der Circulation bemerkt wird. Das Herz gewinnt an Kraft, mehr Sauerstoff wird eingeathmet, wenn der Patient veranlasst wird, nach der Behandlung in frischer Luft ein wenig spazieren zu gehen. Das Resultat ist eine Verbesserung der Blutbeschaffenheit, eine erhöhte Circulation im Magen und anderen Organen, eine Aufrüttelung der Leukocyten, kurz eine tonische Einwirkung auf den gesammten Körper. Würde diese genaue Technik nicht befolgt, würde der Patient im Beginne niederer Temperatur oder hohem Drucke ausgesetzt werden, so könnte seine Reactionsfähigkeit mit dem Reize nicht gleichen Schritt halten, und das Resultat wäre eine Schädigung des Körpers und damit ein Misserfolg. Eine mit Rücksicht auf die schwache Circulation in phthisischen Patienten eingeleitete allmähliche Heranbildung ihrer Reactionsfähigkeit, sozusagen ein tägliches Training der Gefässnerven, erzielt geradezu überraschende Resultate. Ich habe über Fälle berichtet, in welchen das Körpergewicht zunahm, Husten, Fieber und Bacillen verschwanden, und die Patienten, obwohl von hervorragenden consultirenden Aerzten angewiesen ein anderes Klima aufzusuchen, weitere 3 Jahre in vollkommenem Wohlbefinden in New York zubrachten. Ich erinnere ferner an einen im Montefiore Home beobachteten Fall, wo die Gewichtszunahme 33 Pfund betrug.

Eine specifische, baktericide Wirkung, wie sie jetzt die Mode erheischt, wird durchaus nicht behauptet. Der Effekt beruht einzig und allein auf einer Verbesserung der Ernährung und wahrscheinlich einer lebhafteren Circulation von Erythrocyten und Leukocyten in den Hautblutgefässen, was von Winternitz demonstrirt und von Thayer und anderen bestätigt worden ist.

In Fällen von Neurasthenie, atonischer, nervöser Dyspepsie, einfacher Chlorose erzielt die Hydrotherapie, mit Urtheil und Geschick zu dem Zwecke angewendet, die Ernährung zu heben und die Hämatose zu fördern, überraschende Resultate. Wie Dr. Draper mit Recht in seinem ausgezeichneten Vortrage über Hydrotherapie, den er vor einigen Jahren in der Academy

of Medicine gehalten, erklärt, „sind mit der Wasserbehandlung in gewissen chronischen Krankheiten schlagende Erfolge zu erzielen; ja es scheint erstere sogar wirksamer zu sein als Medicamente."

Es gibt allerdings viele Fälle — die grosse Mehrzahl der dem praktischen Arzte zukommenden gehört hierher — für welche Behandlung in der Heilanstalt ein Ding der Unmöglichkeit darstellt, die aber trotzdem sofortige Aufmerksamkeit erheischen. Diese erfolgreich zu behandeln, setzt ein eingehenderes Studium und gründliche Aneignung der wissenschaftlichen Regeln und der Technik der Hydrotherapie voraus. Eine solche Bereicherung des Wissens wird zum Wohle des Patienten und des Arztes in gleicher Weise beitragen.

Es dürfte von Interesse sein, aus einem Beispiele zu ersehen, wie Hydrotherapie n i c h t getrieben werden sollte. In einem Vortrage, den ein hervorragender Neurologe über Neurasthenie gehalten, findet sich der folgende Passus: „Die Kaltwasserbehandlung am Morgen ist geeignet, eine wohlthätige Wirkung hervorzurufen. Ich will hier verschiedene Methoden ihrer Anwendung erwähnen, welche Sie in allen Fällen, ob reich oder arm, alt oder jung, gebrauchen können. Der Scheitel und Nacken des Patienten sind die Angriffspunkte. Füllen Sie eine Badewanne zu einem Drittel mit lauwarmem Wasser, so dass der Kranke ohne Frost zu empfinden, in derselben stehen kann. Ist eine Douchevorrichtung zur Hand, so richten Sie dieselbe auf Scheitel und Nacken, oder klatschen Sie Wirbelsäule und Nacken mit einem in kaltes Wasser getauchten und hernach gut ausgerungenen Handtuche ab. Auch ein mit kaltem Wasser vollgesogener Schwamm auf den Scheitel gelegt, so dass ersteres den Rücken hinabläuft, ist von Nutzen. Nichts übt auf das Nervensystem eine so wohlthätige Wirkung aus, als das Berieseln mit kaltem Wasser! Nicht so gut ist es, einfache Waschungen mit kaltem Wasser vorzunehmen; der geeignete Weg, dasselbe zu appliciren, ist vielmehr Berieselung mit einem Schwamme. Gleichgültig, worin die Ursache der Neurasthenie liegt, ist es das Beste, sofort diese Wasserbehandlungen einzuleiten!"

Wie ungenau ist doch diese Methode! Entsprechend dem Orte, wo, und der Jahreszeit, wann kaltes Wasser angewendet wird, schwankt dessen Temperatur zwischen 40° und 80° F., und doch wird die Temperatur des Wassers in obiger Methode nicht mit einem Worte erwähnt. Es braucht nur darauf hin-

gewiesen zu werden, dass Berieselung mit kaltem Wasser ein Gefühl des Frostes hervorrufen kann. Eine Douche kalten Wassers auf Kopf und Wirbelsäule ist geeignet, einen Neurastheniker in hochgradige Aufregung zu versetzen, während dieselbe Behandlung dem deprimirten Neurastheniker recht wohl thut, vorausgesetzt, dass sie kurz ist und die Temperatur täglich und allmählich herabgesetzt wird.

Die Ungenauigkeit obiger Methode der Kaltwasserbehandlung wird noch auffallender, wenn sie mit den Anweisungen verglichen wird, welche derselbe Lehrer bezüglich der Behandlung mit Medicamenten gibt. Er sagt: „Ich sehe oft Fälle, wo Strychnin dringend benöthigt wird. Sie können irgend eines der Strychninsalze verschreiben. Die richtige Anwendung dieser Drogue ist die Pillenform oder die Mixtur. Beginnen Sie mit 1-60 Gran dreimal des Tages; verträgt der Kranke das Mittel, so soll die Dose erhöht werden, bis 1-30 oder 1-20, ja selbst 1-10 Gran dreimal des Tages genommen wird."

Derselbe Autor ist ebenso ausführlich in seinen Angaben über die Verabreichung des Phosphors, wie er bereitet, dargestellt und combinirt werden soll. Hätte er ebenso mit der Beschreibung der Wasserbehandlung verfahren, Temperatur des kalten und sehr kalten Wassers angegeben, den Druck der Douche, welche von einer Höhe weniger Fuss Frösteln erzeugt, eine Höhe von 50 oder 60 Fuss herabfallend jedoch eine stechende Empfindung hervorruft und die vasomotorischen Nerven zu intensiver und angenehmer Thätigkeit anregt, die Dauer der Behandlung, welche, wenn der Willkür des Patienten überlassen, unerwünschte Consequenzen nach sich zieht, festgesetzt, so würde er seine Hörer nicht bezüglich der richtigen Methode im Unklaren gelassen haben.

Sehr erfreulicher Weise hat derselbe Autor vor kurzer Zeit ein werthvolles Buch über Nervenkrankheiten veröffentlicht, in welchem die hydrotherapeutischen Vorschriften wohldurchdacht und präcisirt worden sind.

Ein anderer oft begangener Fehlgriff ist die Vorschrift, einen Neurastheniker in eine Wanne w a r m e n Wassers zu stecken ohne Temperatur anzugeben, kaltes Wasser ohne Temperatur zu geben zufliessen zu lassen bis das Badewasser kühl sei, die Temperatur dem Urtheile oder der Laune des Kranken überlassend. Hier wird der gewöhnliche Fehlgriff begangen, den Eintritt des Shocks zu vermeiden. Shock ist

das Schreckbild Unerfahrener, welche bei der Verordnung kalten Wassers die Thatsache übersehen, dass die auf den Shock folgende Reaction das Ziel der Hydrotherapie ist, wenn sie als Tonicum und Nervenstimulans angewendet wird, dass letztere in geradem Verhältnisse zu ersterem steht, und es keinen stimulirenden Effect giebt ohne Reaction, sowie keine Reaction ohne irgend welchen Shock. Das soeben erwähnte Bad erfüllt seinen Zweck in ungeeigneter Weise, da die oberflächlichen Gefässe durch den calmirenden und sedativen Einfluss des warmen Wassers zur Erschlaffung gebracht worden sind und an Reactionsfähigkeit eingebüsst haben. Die Vasoconstrictoren befinden sich in einer Depression. Die graduelle Abkühlung des Wassers gewöhnt die sensorischen Nerven an den Temperaturunterschied; der Stimulus bleibt deshalb aus. Gewöhnlich tritt Frost unter dieser Behandlung ein, wofern nicht der Patient kräftiger ist, als man von einem Neurastheniker im Durschschnitt erwarten kann. Unglücklicher Weise ist es ein allgemein herrschender Irrthum, das ANGENEHMSTE BAD FUER DAS WIRKSAMSTE ZU BETRACHTEN. Wir denken nicht so bei der Verschreibung von Medicamenten, Electricität oder Diät. Doch kann man die Application von Wasser angenehm machen durch tägliche Gewöhnung des Patienten an niedere Temperatur, dieselbe graduell von Tag zu Tag herabsetzend, Kürze der Procedur an den ersten und allmähliche Zunahme der Dauer und des Drucks in den folgenden Tagen. Als Hauptpunkt sollte man aber immer im Auge behalten, dass Reaction unser Ziel sei, dass diese nur durch eine gewisse Shockwirkung zu Stande komme, dass je intensiver die letztere, desto effectvoller erstere ist, dass aber je kürzer die Zeit, desto weniger unangenehm die Empfindung des Shocks wird. Wenn sich der Arzt immer daran erinnert, dass der Zweck der Behandlung eines solchen Falles darin liegt, die in den Hautgefässen circulirende Blutmenge zu erhöhen, die Ernährung zu verbessern, einen Reiz auf das ganze Nervensystem auszuüben, so wird er sich bemühen, die Technik derart zu handhaben, vorausgesetzt er beherrscht ihre Details, dass er diese heilbringende Reaction hervorrufe.

Für Erzielung zufriedenstellender und endgiltiger Resultate jedoch ist eine exakte Technik Haupterforderniss. Dies kann nicht zu oft wiederholt und den Collegen ans Herz gelegt werden.

Acute Fälle, wie Typhus oder Pneumonie, müssen unter fortwährender Beobachtung eines Arztes stehen, welcher sofort die Folgen einer unpassenden hydriatischen Technik erkennt, diese modificirt oder, wie es häufiger und unglücklicherweise der Fall ist, gänzlich aufgibt. Bei chronischen Krankheiten kann ein grösserer Schaden angerichtet worden sein, bevor er zur Kenntniss des Arztes kommt, wenn die Behandlung nicht in den Händen wohl unterrichteter und intelligenter Leute liegt. Nur zu oft werden die Details Krankenwärtern überlassen, weil sich die meisten Aerzte weder mit den wissenschaftlichen Gesetzen noch mit der Praxis der Hydrotherapie vertraut machen. Die Folgen sind derartige, wie sie Dr. V o g l, Generalstabsarzt der Bayrischen Armee (Münchener medicinische Wochenschrift No. 27, 1895), beschreibt: „Die Aerzte sind selbst daran schuld, dass die Hydrotherapie jetzt grösstentheils durch Laïen ausgeübt wird, die weder von der Krankheit, gegen welche sie vorgehen, noch von der Wirkung des Wassers sich eine richtige Vorstellung machen können und somit nur ihre vertrauensseligen Patienten sowohl als auch die Hydrotherapie selbst schädigen, deren Leumund sie trüben."

Während des vergangenen Sommers besuchte ich in Deutschland und Frankreich 25 Heilanstalten, in welchen Hydrotherapie in grossem Massstabe getrieben wird. Zu meinem Erstaunen und Verdrusse fand ich aus der ganzen Anzahl nur 4, welche ein ständiges Thermometer bei der Messung der Temperatur der Douche im Gebrauche hatten, und nur 2, in denen Druckmesser angewendet wurden. Wie können diese Herren die Technik genau beherrschen?

Ich habe es mir zur Aufgabe gemacht, eine Vorrichtung zu konstruiren, welche es gestattet, Temperatur und Druck des Wassers, sowie Dauer der Applikation, genau zu bestimmen. Dieser Apparat ist im Montefiore Home, im Deutschen Hospital in Philadelphia, im Hydriatischen Institut hier und in anderen Anstalten eingeführt worden.

Wir haben es nun in der Hand, die Intensität des nöthigen Shocks zu bemessen und die Reactionskraft des Patienten allmählich zu erhöhen.

Meine Herren! Ich hoffe Ihnen klar dargestellt zu haben:

1. Dass die therapeutische Anwendung des Wassers wenigstens dieselbe Sorgfalt erheischt, wie die der Medicamente.

2. Dass wegen seiner Biegsamkeit, das Wasser noch grössere Ansprüche an den Praktiker macht, als die medicamentösen Mittel.

3. Dass nur von der genauesten Technik die besten Erfolge zu erwarten sind.

4. Dass in technischen Fehlgriffen, beruhend auf Missverständniss der Hydrotherapie, meistens die Schuld der ganz verschiedenen Resultate in den Händen verschiedener Aerzte zu finden sei.

Ich hoffe, Sie heute Abend zu einer mehr intimen Bekanntschaft mit der Hydrotherapie und ihrer Technik angespornt zu haben.

51 West 70. Str.

Die Nauheimer Quellen und ihre Wirkung.*)

Von

Dr. Wachenfeld, Bad Nauheim.

Keines der deutschen Bäder hat in den letzten Jahrzehnten eine solche Zunahme aufzuweisen, als Nauheim. Im Jahre 1881 wurde es von 4275 Curgästen besucht, 1895 von mehr als 15,000. Die Zahl der abgegebenen Bäder stieg in derselben Zeit von 50,402 auf mehr als 200,000. Das was vor 40 Jahren der jetzt noch hier lebende Geh. Medicinalrath Bode vorhersagte, ist eingetroffen; Nauheim ist ein Weltbad geworden, zu dem aus allen Erdtheilen die Kranken zusammenströmen, und — was die Hauptsache ist — wo sie auch sehr oft Heilung finden. Der kleine Flecken hat sich mit der Zeit zu einer schönen Stadt mit herrlichen Parkanlagen, schönem geräumigem Curhaus und allen Bequemlichkeiten, die für die Curgäste wünschenswerth sind, entwickelt, und statt der 9 Badezellen, mit denen im Jahre 1835 die „Soolbadeanstalt“ zu Nauheim eröffnet wurde, stehen heute den Kranken 196 Badezellen mit 204 Wannen zur Verfügung, zu denen im nächsten Sommer noch die 60 Zellen des eben im Bau begriffenen Badehauses No. VI hinzukommen.

Die beiden Sprudel, von denen der eine aus einer Tiefe von $159\frac{1}{2}$ Meter, der andere, der grösste Sprudel Deutschlands,

*) Diese Arbeit wurde der Monatsschrift durch die freundliche Vermittlung von Dr. Louis Conrad in Mainz zur Verfügung gestellt.

180 Meter tief emporquillt, liefern in je 24 Stunden 2500 Cubikmeter Thermalssole, die sich durch einen sehr hohen Gehalt an freier und halbgebundener Kohlensäure auszeichnet.

Ausser diesen beiden Sprudeln, deren Wasser ausschliesslich zu Bädern verwendet wird, besitzt Nauheim noch 3 Trinkquellen, 2 salinische Quellen, von denen die eine mit der dritten Quelle, einem alkalischen Säuerling gemischt, dem Kissinger Ragoczy sehr nahe kommt.

Fünf Gruppen von Krankheiten sind es, die vorzugsweise in Nauheim zur Behandlung kommen:

1. Herzkrankheiten, besonders die chronischen Formen von Endocarditis und Myocarditis.
2. Scrophulose.
3. Frauenkrankheiten, die chronischen Formen der Metritis, Endometritis, Para- und Perimetritis und Fibromyome.
4. Erkrankungen der Nerven und des Rückenmarks, insbesondere Tabes.
5. Chronische Erkrankungen der Gelenke (Gicht, Rheumatismus etc.).

In Tausenden von Fällen werden bei diesen verschiedenartigen Krankheiten alljährlich dieselben Bäder angewandt, wenn auch je nach den individuellen Verhältnissen in verschiedener Art und Weise. Dass immer die gleiche günstige Wirkung erzielt wird, lehrt die Erfahrung. Wie kommt nun diese gleichmässige Wirkung bei so verschiedenartigen Erkrankungen zu Stande? Der Gedanke, dass alle diese Krankheiten etwas gemeinsames haben müssen, drängt sich Einem unwillkürlich auf. In der That ist es so. Es handelt sich in allen diesen Fällen um eine Infiltration des Bindegewebes. Die Nauheimer Bäder veranlassen die Aufsaugung der krankhaften Anschwellungen des intermuskulären und intercellulären Bindegewebes, und darauf beruht ihre heilende Wirkung.

Dass bei dem Stoffwechsel die Lymphbahnen eine grössere Rolle spielen, als gewöhnlich angenommen wurde, dass sie besonders auch bei den verschiedensten Erkrankungen von Wichtigkeit sind, darauf wiesen schon verschiedene Forscher im Laufe der letzten Zeit hin, aber grössere Klarheit in diese Verhältnisse brachte zuerst Heidenhain mit einer Arbeit: „Versuche und Fragen zur Lehre von der Lymphbildung", die im 49sten Band des Pflüger'schen Archivs für die gesammte Physiologie erschien.

Heidenhain wies nach, dass die Lymphe, die zum Theil aus

dem Blute, zum Theil aus den Geweben in die Saftcanälchen des Bindegewebes geliefert wird, nicht ein einfaches Transsudat ist, sondern dass bei ihrer Bildung und Absonderung ganz besondere Verhältnisse mitwirken. Er injicierte Thieren verschiedene organische und anorganische Substanzen in Lösung in's Blut, und fand, dass in Folge davon eine theilweis ganz enorme Steigerung der Lymphabsonderung eintrat, die einige Zeit nach der Injection wieder aufhörte. Dass diese Vermehrung der Lymphe nicht etwa nur die Folge der Flüssigkeitsaufnahme in's Blut war, — es kamen jedesmal 30—60 cc. der betreffenden Lösungen zur Verwendung — ging daraus hervor, dass nach Injection von 30—60 cc. Wasser oder physiologischer Kochsalzlösung diese Wirkung ausblieb. Die injicirten Substanzen sind also als lymphagoga, als lymphtreibende Mittel aufzufassen, analog den harntreibenden oder den gallentreibenden Mitteln.

Heidenhain weist nach, dass die Capillarwände chemisch gereizt werden, und dann selbst bei der Secretion der Lymphe thätig sind. Dass ein solcher Reiz aber auch durch die Nervenbahnen übermittelt werden kann, ist wohl a priori anzunehmen. Heidenhain theilt am Schlusse seiner Arbeit mit, dass er über diese Frage zu arbeiten begonnen habe, und stellt diesbezüglich Mittheilungen in Aussicht.

Dass die Wirkung der Soolbäder nicht auf der Resorption von Salzen durch die Haut beruht, sondern dass es sich nur um eine Erregung der Hautnerven und Fortpflanzung dieses Reizes auf die kranken Organe handeln kann, hat schon Beneke nachgewiesen. Auch darüber kann kein Zweifel bestehen, dass durch Reizung sensibler Nerven eine starke Einwirkung auf secretorische Vorgänge zu erzielen ist, aber wie stark der Reiz in jedem Falle sein muss, ist uns nicht bekannt; dass dabei jedoch eine bestimmte Gesetzmässigkeit waltet, ist sicher. Wir dürfen das aus den Untersuchungen schliessen, die Hirschmann über die Erregbarkeit motorischer Nerven unter Heidenhain's Leitung im Breslauer physiologischen Institut anstellte, und deren Ergebniss ebenfalls im 49sten Band des Archivs für Physiologie veröffentlicht ist. Er prüfte die Erregbarkeit am frisch präparirten nervus ischiadicus des Frosches durch Eintauchen in Lösungen verschiedener Salze und zwar in verschiedener Concentration, und kam zu dem Schluss, dass die Erregung des Reizes nicht nur auf einem Wasserverlust der Nervensubstanz beruht, sondern dass eine

specifische Wirkung der Salzbasis angenommen werden muss. Bei den Natrium- und Lithiumsalzen konnte er feststellen, dass jedesmal eine bestimmte Concentration eine Reizwirkung erzielte, während z. B. verschiedene Lösungen von Kaliumsalzen vollkommen unwirksam blieben.

Wir haben uns nun also die Wirkung der Nauheimer Bäder folgendermassen vorzustellen: Von den Hautnerven aus werden die Nerven in den erkrankten Geweben beeinflusst, und diese wirken anregend auf die Absonderung der Lymphe in dem infiltrirten Bindegewebe. Die umliegenden Saftcanälchen wirken als Drainage. Zunächst erweichen die oberen Schichten des Infiltrats, aber bald werden schon einzelne tiefer gelegene Saftcanälchen, deren Lumen bisher durch den Druck von aussen verengt war, durchgängig, die Lymphkörperchen, die sich an der erkrankten Stelle angehäuft hatten, weil sie durch die verengten Lymphwege nicht hindurchkonnten*), werden jetzt fortgeschwemmt, und mit ihnen werden ev. Bakterien, die dem Organismus noch hätten gefährlich werden können, durch den ductus thoracicus in die Blutbahnen übergeführt, wo wenigstens der grösste Theil derselben in Folge der grossen desinficirenden Kraft des Blutes zu Grunde geht.

Die entzündliche Verdickung des Bindegewebes konnte natürlich nur auf Kosten des umliegenden Gewebes vor sich gehen. Die Muskelfasern des kranken Herzens waren zum Theil verkümmert, ebenso ein erheblicher Theil der Körpermuskulatur des scrophulösen Kindes; die Beckenmuskulatur der unterleibskranken Patientin, insbesondere der levator ani war erschlafft, und konnte den normalen Zug nach vorn an dem mittleren Theil der vagina nicht mehr ausüben; in Folge dessen fehlte dem uterus die Unterlage, die ihn in der phy-

*) Ueberall, wo es sich um eine Entzündung handelt, findet man Lymphkörperchen angehäuft. Meiner Meinung nach kommt diese Anhäufung von Lymphkörperchen folgendermassen zu Stande: In einzelnen Saftcanälchen haften in Folge irgend einer Gelegenheitsursache im Beginne der Entzündung Colonien von Bakterien, sie rufen durch Verstopfung dieser Canälchen eine Stauung in der nächsten Umgebung hervor und dadurch, und durch die nun folgende Wucherung des Bindegewebes, d. h. durch die Zellvermehrung im Bindegewebe, werden wieder andere Lymphcanälchen verengt. Die flüssigen Bestandtheile der Lymphe können zunächst noch passiren, aber die Lymphkörperchen werden aufgehalten, und so sammeln sich in kurzer Zeit grosse Mengen von ihnen an, nicht weil sie durch eine geheimniss-volle Macht an die erkrankte Stelle hingezogen sind, sondern weil sie nicht weiter können. Ganz ebenso verhält es sich übrigens auch wohl mit ihrer Ansammlung bei Schnittwunden. Dadurch, dass an der Schnittfläche Blut gerinnt, sind die Lymphkörperchen in den durchschnittenen Saftcanälchen am Weiterwandern gehindert.

siologischen Anteversionsstellung hielt, und er drängte nach unten und hinten; ebenso waren durch die Verdickungen in der Neuroglia des tabetischen Rückenmarks und der erkrankten Nerven die Nervenfasern gedrückt, und in ihrer Leitungsfähigkeit gehindert.

Mit dem Schwinden des Infiltrats erhoben sich die gedrückten Muskel- und Nervenzellen wieder, und das bisher schwache Herz beginnt kräftiger zu schlagen, die Beckenmuskeln der unterleibskranken Patientin spannen sich wieder mehr, und das Gefühl der Senkung der Unterleibsorgane schwindet, die Nervenfasern des Tabetikers werden wieder leitungsfähig, und die Gelenke des Rheumatikers und des Gichtkranken können wieder bewegt werden, ohne dass durch die Reibung unebener, kranker Flächen aneinander Schmerzen erzeugt werden. Mit dem zunehmenden Wohlbefinden wachsen die Kräfte, um so mehr, da durch die Bäder der Stoffwechsel nicht unerheblich beschleunigt — die Harnstoffausscheidung wird regelmässig vermehrt — und das Nahrungsbedürfniss gesteigert wird.

Jetzt werden neben den Bädern noch andere Massnahmen getroffen, um die wieder erwachte Muskelkraft zu steigern, wobei selbstverständlich sehr vorsichtig zu Werke gegangen und streng individualisirt werden muss. Widerstandsgymnastik, Bewegung einzelner Muskelgruppen mittelst Zander'scher Apparate, mässiges Bergsteigen und an den badefreien Tagen längere Spaziergänge in den nahen Waldungen etc. sind jetzt am Platze.

Wer einmal eine Zeit lang in Nauheim war, und gesehen hat, wie oft Kranke, die bei ihrer Ankunft im Rollstuhl gefahren werden mussten, nach wenigen Wochen kräftig einhermarschiren, der kann sich doch des Eindrucks nicht erwehren, dass es sich hier um eine specifische Wirkung handelt, und aus den oben angeführten Arbeiten geht hervor, dass diese Anschauung wissenschaftlich begründet ist. Welcher der vielen Bestandtheile der beiden Sprudel die Hauptwirkung ausübt, lässt sich natürlich nicht bestimmen, und wir gehen wohl nicht fehl, wenn wir annehmen, dass nicht das Kochsalz allein und nicht die Kohlensäure oder irgend ein anderer Bestandtheil des Wassers allein das wirksame agens ist, sondern die Gesammtheit aller dieser Stoffe in dem vorhandenen bestimmten Verhältniss zu einander.

Referate und Kritiken.

Handbuch der Laryngologie und Rhinologie von Dr. Paul Heymann, Wien. Verl. von Hoelder, 1896, 7., 8., 9., 10. und 11. Lief.

Die Abschnitte 7, 8 und 9 dieses ausgezeichneten Buches über die Krankheiten der Nase und des Halses behandeln die Affectionen des Pharynx, die chronischen Entzündungen dieser Region und des postnasalen Raumes, Diphtherie mit ihren Unterarten, sowie auch die acuten Krankheiten der Nase mit eiterigen und ulcerativen Processen dieses Organs. Das Capitel der allgemeinen Symptomatologie der Rachen-Krankheiten ist von Dr. C. Bloch in Freiburg geschrieben. Er theilt sein Gebiet in bestimmte Klassen ein, i. e. 1) Störungen der Secretion, 2) der Sensibilität, 3) der Motilität, 4) des Geschmackes und Geruches, 5) des Gehörs, 6) der Stimmerzeugung, 7) der Respiration und 8) der Sprache.

Der Verfasser verweilt bei jedem einzelnen dieser Capitel und giebt uns zahlreiche interessante eigene und Anderer Beobachtungen. Er macht aufmerksam auf die Möglichkeit einer Atrophie des unterliegenden Muskelgewebes bei ausgeprägten atrophischen Zuständen. Obgleich dieses Krankheitsbild gewöhnlich ohne alarmirende Folgezustände verläuft, so erwähnt er doch ein Beispiel, in welchem eingetrocknete Borkenmassen aus dem Nasenrachenraum in den Larynx gelangten und zur Erstickung führten. Aufmerksam wird auf die Wichtigkeit der bacteriologischen Untersuchungen bei Secretionsstörungen gemacht.

Hyperästhesie oder Anästhesie können durch centrale oder periphere Läsionen bedingt sein; sie können herrühren von Arzneimitteln, hysterischen und allgemeinen krankhaften Zuständen. Ganz besonders wird natürlich die Nothwendigkeit betont, bei allen Gehörleiden den Rachen- und Nasenrachenraum einer gründlichen Untersuchung zu unterziehen. Die schlimmen Folgen von behinderter Respiration und die davon abhängigen verschiedenen Reflexneurosen werden gebührend beleuchtet.

Die Behandlung der Rachenkrankheiten kann eine allgemeine oder eine specielle sein. Die erstere umfasst Prophylaxis, dietätische und hygienische Vorschriften, Klima, hydrotherapeutische und medicamentöse Massnahmen. Mechanische, electrische, medicamentöse und operative Hülfeleistungen sind die speciellen Formen der Behandlung. Die Nasenrachen-Toilette wird als ein wichtiges Moment bei Infectionskrankheiten, sowohl in prophylactischer als in therapeutischer Beziehung, hingestellt. Gurgelwässer werden als empfehlenswerthe Hülfsmittel aufrecht erhalten und die Application von Adstringentien und Caustica behauptet ebenfalls ihre Stellung in der localen Therapie.

Die Pharyngotomie wird für maligne Neubildungen, welche auf diese Theile übergreifen, empfohlen. Erwähnt wird die Gefahr der Cocainvergiftung nach submucösen Injectionen. Dieses locale Anästhe-

ticum wird am besten vermittelst des Atomizers angewandt. In einigen Fällen von Cocainvergiftung wurden Inhalationen von Amylnitrit mit sehr gutem Erfolge angewandt. Der Galvanocauter bildet einen nothwendigen Bestandtheil des Instrumentariums, ebenso wird Electrolysis warm befürwortet zur Entfernung von Deviationen und Auswüchsen des Septums. (Unsere americanischen Autoren haben nicht so gute Resultate von ihrem Gebrauche gesehen.)

Dr. Kronenberg in Solingen liefert die Abhandlung über die acuten Entzündungen des Pharynx und Naso-Pharynx. Sie werden meistens bei Individuen gesehen, welche an Erkrankungen der benachbarten Organe leiden. Ausbreitung per continuitatem spielt eine wichtige Rolle bei den Krankheiten dieser Gegend. Pathologische Vorgänge in der Nase stehen in enger Beziehung zu entzündlichen Processen im Pharynx und Naso-Pharynx. Circulationsstörungen, Anämie, Chlorose, Syphilis, Tuberkulose, Magendarmstörungen haben alle einen ungünstigen Einfluss auf das uns hier interessirende Gebiet. Die zarte, weiche Mucosa des Naso-Pharynx, deren Epitheldecke oft stellenweise lädirt gefunden wird, wird als häufige Eingangspforte für infectiöse Bacterien angesehen, die dann oft den Grund zu einer allgemeinen Infection abgeben. Eine solche kann sich so anschliessen an einen Herpes labialis oder im Verlaufe einer Pneumonie. Herpes Pharyngis wird auf eine solche Infection zurückgeführt. In solchen Fällen werden oft in den Vesiceln Pneumo-Streptococcen nachzuweisen sein. Erysipelas, phlegmonöse Processe, Gangrän (in Folge der verschiedensten Infectionskrankheiten) und Mycosis Pharyngis sind beschrieben worden.

Die Diphtherie des Pharynx nimmt beinahe die Hälfte des Buches ein. Prof. G. Hoppe-Seiler in Kiel ist der Verfasser dieser sehr interessanten Monographie.

Seruminjectionen zusammen mit localen Antisepticis werden empfohlen. Die Medication hat die Erhaltung der Körperkräfte und der normalen Herzaction, sowie die Aufnahme und richtige Verwerthung kräftiger Nahrung zu befördern.

Die Bearbeitung der chronischen Krankheiten von Nase und Larynx hat Prof. O. Chiari übernommen, welcher uns einen historischen Ueberblick von Hippokrates bis auf die neueste Zeit gibt. Treffliche Illustrationen erläutern den Text.

Das 9. Capitel beschäftigt sich mit den suppurativen und ulcerösen Affectionen, zusammen mit der acuten und chronischen Rhinitis. Drs. Hajek, Gerber und Klemperer theilen sich in die Aufgabe und Dr. Bloch hat die Behandlung der Nasenkrankheiten übernommen. Bei Naseneiterungen müssen die benachbarten Sinuse untersucht werden, bevor eine definitive Diagnose gestellt werden kann. Ulcerationen dieser Höhlen sind entweder traumatischen oder infectiösen Characters. Dr. Gerber beschreibt 4 Formen der acuten Rhinitis, i. e. thermische, chemische, mechanische und parasitäre. Die pathologischen Veränderungen sind des genauesten beschrieben.

Die 10. Lieferung, die dritte der Kehlkopfkrankheiten, schliesst mit Ewald's Abhandlung über Physiologie und Innervation. Beide Themata sind klar und übersichtlich wiedergegeben, und bei der In-

nervation die neueste Literatur berücksichtigt. Zu bedauern ist nur, dass auf Seite 216 sich ein Druckfehler von Bedeutung eingeschlichen hat, viz.: dass Abduction statt Adduction der Stimmbänder bei Reizung des Gyrus praecuciatus eintrete. B. Fraenkel giebt ausführlich die laryngoscopische Untersuchung, deren Schwierigkeiten, die neueren Methoden, das Autoscop, Stroboscop, Orthoscop, erwähnt aber nicht die Roentgen-Strahlen, die manchen Untersuchern schon zufriedenstellende Resultate gegeben.

In der 11. Lieferung, der fünften der Nasenkrankheiten, bespricht Klemperer die chronische Rhinitis, und freut es uns, dass er die in letzterer Zeit etwas verworfene Galvanocaustik wieder in ihre Rechte eintreten lässt, und sie als „souveränes" Mittel für intranasale Verdickungen bezeichnet. Krieg schreibt über atrophische Rhinitis, Victor Lange über Septumerkrankungen. Wir hätten gerne ein näheres Eingehen auf die Wachsthumsanomalien, Hochstand des weichen Gaumens mit consecutiver Septumdeviation bei Choanenverschluss oder Obstruction des Nasenrachenraumes gesehen — ein ätiologisches Moment, dem in der Neuzeit Aufmerksamkeit gewidmet wird. Dasselbe ist mit wenigen Zeilen abgethan. Unter den Operationsmethoden ist die Operation von Asch für beträchtlichere vordere Knorpeldeviationen nicht erwähnt, und auch bei der Trepanirung des Septums, die hier zu Lande schon viele Jahre lang geübt wird, die amerikanische Literatur fast unberücksichtigt geblieben.

Diese kleinen Mängel beeinträchtigen jedoch nicht den Werth des Buches, da bisher kein Werk erschienen ist, das mit solcher Wissenschaftlichkeit und Gründlichkeit die verschiedenen Themata behandelt.

Gleitsmann.

System of the Diseases of the Eye. By American, Dutch, French, German and Spanish Authors. Edited by Wm. F. Norris and Charles A. Oliver. Vol. I. Philadelphia, J. B. Lippincott Co.

Als Ersatz für das nach vielen Richtungen hin längst nicht mehr genügende „Handbuch der gesammten Augenheilkunde", herausgegeben von Graefe und Saemisch, erscheint ein neues Sammelwerk in englischer Sprache, wovon der erste, anziehend ausgestattete Band vorliegt, welchem drei weitere folgen sollen. Im Vergleiche mit Graefe-Saemisch fällt hier zunächst die vorzügliche Qualität des Papieres auf, während diese in dem älteren Werke bekanntlich viel zu wünschen übrig liess. Ueberhaupt lieferte die äussere Ausstattung des „Graefe-Saemisch" ein sprechendes Beispiel, wie ein Buch nach augen-hygienischen Grundsätzen nicht ausgestattet sein soll.

Der vor kurzem erschienene erste Band der neuen Encyclopädie der Augenheilkunde bringt die Entwicklungsgeschichte, Anatomie, Histologie und Physiologie des Auges. Er ist mit 23 Tafeln und 362 Textfiguren versehen, von denen aber die grosse Mehrzahl früheren Publicationen entlehnt ist. Der erste Abschnitt behandelt die Entwicklungsgeschichte des Auges in übersichtlicher Weise und stammt aus der Feder des seither verstorbenen John A. Ryder (Philadel-

phia). Im folgenden Kapitel wird die topographische Anatomie der Augenhöhle und der Adnexa des Sehorgans von Thomas Dwight (Boston) auseinandergesetzt. Es folgt dann ein Abschnitt über die macroscopische Anatomie des Augapfels und des intra-orbitalen Theils des Sehnerven von Frank Baker (Washington). Diesem, der augenärztlichen Praxis offenbar fernstehendem Autor passirt auf Seite 128 der kleine Lapsus, dass er angiebt, dass der Rectus medialis und inferior diejenigen beiden Muskeln sind, an welchen die meisten Schieloperationen ausgeführt werden. Dem nur einigermassen erfahrenen Augenarzte braucht nicht erst gesagt zu werden, dass der Rectus medialis und lateralis die häufigsten Angriffsobjecte für Schieloperationen bilden. Mangelhaft ist die Ausführung der Fig. 44 (S. 172), welche die Veränderungen der Spiegelbilder der Linse bei der Accommodation für die Nähe darstellen soll. Hielte man die Ausführung der Zeichnung für richtig, so müsste man annehmen, dass bei der Accommodation für die Nähe sowohl die Hornhaut als auch die Hinterfläche der Krystallinse sich abflachten. Bekanntlich bleibt aber bei diesem Vorgang die Krümmung der Hornhaut unverändert, während die Krümmung der hinteren Linsenoberfläche um ein Geringes stärker wird. Als Entschuldigung könnte angeführt werden, dass der Originalholzschnitt im Handbuch der Physiologischen Optik von v. Helmholtz, welcher dieser Figur als Vorlage gedient hat, die Verhältnisse auch nicht mit absoluter Genauigkeit wiedergibt. Eine prätentiöse Copie eines unpretentiösen Originals sollte aber die Unvollkommenheit des letzteren womöglich verringern, keinesfalls aber vergröbern. In den Erklärungen zu Fig. 60 (S. 194) und Fig. 62 (S. 195) sind verkehrte Angaben über „oben" und „unten" gemacht, die bei Anfängern Verwirrung erregen müssen. Die Hervorhebung dieser kleinen und blos Nebensächliches betreffenden Fehler soll aber durchaus nicht die Meinung erwecken, als ob der vorliegende Abschnitt nicht eine sehr fleissig durchgearbeitete und höchst brauchbare Darstellung bieten würde. In den Rahmen des vorliegenden Werkes wenig passend und überhaupt überflüssig erscheint freilich die Lawine verstaubten literarisch-historischen Ballasts, mit welcher der Leser bei Gelegenheit der Besprechung der Structurverhältnisse der Regenbogenhaut überschüttet wird.

In dem folgenden sehr ausführlichen Kapitel über die Histologie des Augapfels von George A. Piersol (Philadelphia) sind, wie zu erwarten, die so erfolgreichen Untersuchungen von Dogiel und Ramon y Cajal über die Structur des Nervenapparates ausgiebig berücksichtigt. Die Anatomie des intracraniellen Antheils des Sehapparates ist von Alex Hill (Cambridge, Engl.) und die Teratologie des Auges von William Lang und Treacher Collins (London) bearbeitet. Für den Praktiker dürfte das letztere Kapitel wohl das anziehendste des ganzen Bandes darstellen. Es ist aber auch das Product der Mitarbeiterschaft zweier, durch eine Reihe vorzüglicher Originalarbeiten auf das Vortheilhafteste bekannter englischer Fachgenossen.

Den übrigen Raum dieses ersten Bandes nimmt die Physiologie des Sehorgans ein, deren Lehrstoff auf fünf Kapitel vertheilt ist. Für die

Dioptrik des Auges hat Edward Jackson (Philadelphia) eine äusserst elementare Darstellungsart gewählt, wofür ihm die grosse Mehrzahl der zumeist mathematisch nur wenig geschulten Leser nur Dank wissen wird. Wenn er auf Seite 487 blos angegeben hätte, der Grund, warum die Distanz der beiden Haupt- und der beiden Knotenpunkte vernachlässigt werden könne, liege in dem verschwindend kleinen Grössenwerth dieser Distanz, so hätte er sich kürzer, verständlicher und — richtiger ausgedrückt. Die anderen physiologischen Kapitel und ihre Verfasser sind: Ueber Lichtperception, von J. McKeen Cattell (New York), über das Binocularsehen, den Wettstreit der Sehfelder und das Verhältniss der scheinbaren zur wirklichen Grösse der Gegenstände, von Eugen Brodhun (Berlin), über normale Farbenempfindung, von William Thompson und Carl Weiland (Philadelphia) und schliesslich über die Photochemie der Netzhaut, von Carl Mays (Heidelberg).

So gründlich und lehrreich die physiologischen Kapitel auch abgefasst sind, so ist doch ein Mangel an Symmetrie bei denselben sehr auffallend. Die einzelnen Kapitel ergänzen sich nicht gegenseitig in dem Maasse, wie man das in einem Handbuche zu fordern berechtigt ist. Als Beispiel einer wichtigeren Lücke im Gefüge des physiologischen Theils des Buches sei hier nur angeführt, dass in dem Kapitel über das Binocularsehen, S. 560, der Verfasser in einer Fussnote sich auf das Listing'sche Drehungsgesetz bezieht, dieses Gesetz jedoch, ebenso wie das Donder'sche, sich nirgend in dem Buche wiedergegeben findet. Ja in dem mit anerkennenswerther Sorgfalt angelegten Sachregister am Schlusse des Bandes ist überhaupt weder der Name von Listing noch der von Donders anzutreffen. Aber die Manen dieser beiden Heroen der physiologischen Optik können sich damit trösten, dass es dem verdienstvollen Gauss auch nicht besser ergangen ist. Eigentlich noch schlimmer, denn die Namen von Listing und Donders werden doch wenigstens gelegentlich im Texte des Buches erwähnt, dort wo vom reducirten und schematischen Auge die Rede ist; die neueste systematische Darstellung der Dioptrik des Auges hat es aber zuwege gebracht, den Namen von Gauss unausgesprochen zu lassen.

Dies ist am Ende nicht so schlimm, da ja jeder, der sich für das Historische interessirt, leicht den Weg zu den Quellen finden wird, wo er seinen Wissensdurst löschen kann, wenn er in dem vorliegenden Buche keine Befriedigung gefunden. Zu rügen aber ist es, wenn der unkundige Leser auf falsche Fährte geleitet wird. Dies geschieht offenbar, wenn auch nicht absichtlich, durch den erklärenden Text zu den drei Textfiguren auf Seite 114, durch welchen der in der Geschichte der Augenheilkunde Unbewanderte leicht zu dem Glauben verleitet werden kann, dass die Wiege der Lehre von den Refractionsanomalien nicht in Utrecht, sondern an den Ufern des Schuylkill gestanden habe. Der Richtigkeit halber sei hier aber erwähnt, dass die angeführten drei Textfiguren nicht in irgend einem der physiologischen, sondern in einem anatomischen Kapitel sich befinden und keine Originalien, sondern aus einem anderen Werke übernommen sind.

Die noch ausstehenden drei Schlussbände des hier angezeigten Sammelwerkes werden sich mit den opthalmologischen Untersuchungsmethoden und der speciellen Pathologie und Therapie der Augenkrankheiten beschäftigen. Es ist eine stattliche Reihe anerkannter Capacitäten, welche nach dem vorliegenden Prospect die moderne Augenheilkunde im Spiegelbilde wiedergeben soll und man sieht dem Erscheinen der folgenden Bände in Fachkreisen allenthalben mit grosser Spannung entgegen. Ja man ist sogar beim Durchlesen des Inhaltsverzeichnisses der noch nicht erschienenen Theile geneigt, anzunehmen, dass die verdienstvollen Herausgeber dieses Sammelwerkes ein eindrucksvolleres Debut für dasselbe erzielt hätten, wenn sie irgend einen der numerischen Bezeichnung nach späteren Bände mit „praktischem" Inhalt vor dem ersten hätten erscheinen lassen. Es soll dadurch der bedeutende Werth des vorliegenden Bandes durchaus nicht herabgesetzt werden. Wenn er im Ganzen einen minder glanzvollen Eindruck macht, als seiner Zeit die entsprechenden Abtheilungen des Graefe-Saemisch, so liegt das zumeist an den ungeheuren Schwierigkeiten, welche mit dem Umstande verknüpft sind, dass der Wohnsitz der Herausgeber in so bedeutender Entfernung von dem geographischen Schwerpunkte selbstständiger wissenschaftlicher Forschung sich befindet.

A. Schapringer.

Der praktische Arzt als Augenarzt. Kurzes Handbuch für praktische Aerzte und Studirende, von Dr. med. J. Hell in Ulm. Ravensburg, Verlag von Otto Maier, 1897.

Dieses kleine, nicht mehr als 118 Seiten Kleinoctav umfassende Büchlein, rührt nicht von einem Compendium-Fabrikanten, sondern einem Praktiker her, der über eine 30-jährige Erfahrung verfügt und der Horner'schen Schule entstammt. Seine Aufgabe hat Verf. in vorzüglicher Weise gelöst. Dem Sonderzwecke des Büchleins entsprechend, werden darin fast nur die Augenlid-, Bindehaut- und Hornhauterkrankungen abgehandelt in äusserst conciser, klarer und eindringlicher Darstellung, wobei, wie gebührend, der Therapie der Löwenantheil zukommt. Eine Anleitung, Refractionsanomalien zu bestimmen, findet sich in dem Werkchen nicht und der Ref. kann diese Weglassung nur gutheissen, da es praktischer erscheint, dass derjenige Arzt, der sich Kenntnisse in diesem Gegenstande aneignen will, wenn auch nur für die Landpraxis, sich dieselben aus besonders dafür bestimmten Arbeiten erwerbe. Ref. möchte hier auf die verdienstlichen Leistungen von D. B. St. John Roosa hinweisen, welche für den englisch sprechenden Praktiker auf dem Lande und in kleineren Städten das hier angezeigte Werkchen nach dieser Richtung in angemessener Weise ergänzen. Das in bequemem Taschenformat hergestellte Büchlein enthält keine Abbildungn; der Text verlangt auch keine solche. Papier und Druck sind musterhaft zu nennen.

A. Schapringer.

Transactions of the American Ophthalmological Society. Vol. VII., part III. Hartford. Published by the Society 1897.

Eine stattliche Reihe wissenschaftlicher Arbeiten, klinischer Mittheilungen und therapeutisch wichtiger Beobachtungen verzeichnete das Programm der zu New London, Connecticut, im Juli letzten Jahres versammelten Gesellschaft der einheimischen Ophthalmologen.

Wer den umfangreichen, höchst interessanten Bericht der 32ten Sitzung durchschaut, wird alsbald den Geist und die Fähigkeiten der Mitglieder dieses Vereins, den hohen Standpunkt in der Augenheilkunde hier zu Lande achtend anerkennen. Bei einem solchen Reichthume des wissenschaftlichen Stoffes fällt es dem Referenten schwer, eine Auswahl zu treffen. Es sei deswegen nur eine kurze Mittheilung der besonders wichtigen Abhandlungen erlaubt. Hierhin gehört in erster Linie der sorgfältig durchgearbeitete und auf eine umfangreiche Kasuistik gestützte Bericht C. S. Bull's (New York) „Ueber den Einfluss operativer Eingriffe auf den Verlauf und die Prognose der Orbital-Tumoren." In der Einleitung zu seinen Betrachtungen theilt Verfasser den Gegenstand folgendermassen ein: 1. Tumoren im Augeninnern, welche auf das Orbitalgewebe übergreifen. 2. Tumoren, die in der Orbita, sei es im Zellgewebe oder im Periost, ihren Ausgang genommen. 3. Tumoren der Nebenhöhlen oder -Knochen, welche die Obitalgebilde erst secundär in Mitleidenschaft ziehen. Auf Grund der kritischen Durchmusterung sechsunddreissig einschlägiger Fälle aus der eigenen Praxis kommt nun B. zur folgenden Schlussbetrachtung: Bei allen Orbitalgeschwülsten, den primären wie den secundären, ist die Prognose ungünstig. Hat der Tumor seinen primären Sitz in den tiefen Gesichtsknochen oder deren Höhlen, so ist die Prognose absolut schlecht.

Ausser in den Fällen eingekapselter Orbital-Tumoren, hat die operative Behandlung fast regelmässig eine Wiederkehr des Neoplasmas zur Folge, dessen Wachsthum dann immer sehr rasch vor sich geht. Mit jedem chirurgischen Eingriffe verkürzt sich die Latenzperiode vor Ausbruch des Rückfalles, während die Schnelligkeit des Wachsthums successive zunimmt. Die Angehörigen eines Patienten, in gewissen Fällen letzterer selbst, sollen gleich im Anfange die ernste Natur des Leidens erfahren, indem man sie darauf aufmerksam macht, dass der Aufgabe einer vollständigen Entfernung sämmtlicher krankhaften Elemente nur in den allerwenigsten Fällen genügt werden könne. Etwaiges chirurgisches Eingreifen hängt von dem Entschlusse des Patienten ab. Wiederholte Operationen verkürzen unzweifelhaft das Leben des Patienten.

Während es nun Pflicht des Chirurgen ist, unerträgliche Leiden durch die Operation zu heben, muss er sich dieser nicht rasch bedienen wollen, um körperliche Verunstaltung, vorübergehend zu beseitigen, erst recht nicht, wenn er die Ueberzeugung gewinnt, es könnte dadurch das Leben des Patienten verkürzt werden, selbst wenn das so verkürzte Leben dem Patienten erträglicher gemacht werden sollte. Die aus persönlicher Erfahrung gezogene Schlüsse Bull's stimmen im wesentlichen mit der von Michel (Lehrbuch der Augenheilkunde)

und von Lawford vertretenen Ansicht überein. Besonderes Interesse gewinnt durch obige Zusammenstellung der von Knapp berichtete Fall von tödtlich verlaufendem Sarkom der Schädelknochen. Intra vitam wurde eine Wahrscheinlichkeitsdiagnose erst bei dem sehr späten Auftreten einer Geschwulst am Augenhöhlenrande gestellt. Bei der Autopsie fand sich ein zwischen Peri-Orbita und -Knochen sitzender wallnussgrosser Tumor, welcher, vom os frontale ausgehend, die horizontale Platte durchbrochen hatte und nun als kugelige, weiche, unregelmässige Masse den oberen Theil der Augenhöhle ausfüllte. Der Tumor zog durch die Fissura orbitalis sup. in die mittlere Schädelgrube hinein, um sich hier wieder bis zur Wallnussgrösse auszudehnen. Unabhängig von dieser fand sich eine zweite Geschwulst in der hinteren Schädelgrube, welche vom Felsenbeine ausgehend das Kleinhirn in Mitleidenschaft zog. Mikroskopisch ergab sich die Struktur des grossrundzelligen Sarkoms, mit nur wenig Nebencellular-Substanz, welches seinen Ursprung in der Diploe genommen hatte, und letztere zerstörte, anstatt, wie man das häufig findet, als Osteosarcom vom Periosteum auszugehen, mit einer Neubildung von Knochen. Die Casuistik der Orbitalgeschwülste wird noch von Dr. Robert Sattler (Cincinnati) mit zwei Fällen von „Elfenbein-Exostose" bereichert, welche sich an pathologische Veränderungen des Sinus frontalis und der vorderen Siebbeinzellen anschlossen. Letztere wurden jedoch erst bei der Operation nachgewiesen. Klinisch bemerkenswerth waren die schmerzlose Entwickelung der Exostose, das Fehlen aller örtlichen und subjectiven Erscheinungen einer Erkrankung der Siebbeinzellen oder Stirnhöhle, die ungestörte Funktion des Auges. Durch Druck auf den Tumor konnte man jedesmal einen Ohnmachtsanfall hervorrufen, welcher vermuthen liess, dass es sich um eine intra-cranielle Ausbreitung der Geschwulst, oder wenigstens um eine Verödung der Orbitalplatte des Stirnbeines handle. Dieses war jedoch nicht der Fall. Es stellte sich heraus, dass die ganze Innenwand der Orbita eingedrückt wurde und diese dann den zähen, schleimigen Inhalt des erweiterten Sinus jedesmal comprimirte.

Zur Therapie liefert T. Buller (Montreal) einen Beitrag, „Die Behandlung der Dermoidgeschwülste der Orbita." Verfasser referirt kritisch die in den meisten Lehrbüchern angegebenen Eingriffe, die Evacuation bezw. Aspiration, und die Enucleation. In einer gewissen Anzahl der Fälle ist weder die eine noch die andere angezeigt. Bei tief in die Augenhöhle hineinragenden Tumoren, sowie bei solchen, die eine feste Verbindung mit dem Auge oder mit dessen Adnexis zeigen, ist die radikale Exstirpation nicht ohne Gefahr. B. schlägt nun vor, nach Entleerung der Cyste die Wandung derselben zur Verödung zu bringen, um einer Secretion vorzubeugen. Zu diesem Zwecke empfiehlt er als Causticum von hohem Werthe das Argentum Nitricum, und zwar in Krystallform. Gute Resultate wurden in mehreren Fällen mit dieser Methode erzielt, welche die Höhle der Cyste auch aseptisch erhält. Wichtig ist es jedoch, dieselbe offen zu behandeln bis alle Stücke und Fetzen der Wandung abgegangen sind.

Um nun auf das Kapitel der intra-ocularen Geschwülste überzugehen, findet man eine Reihe klinischer Berichte. Bei einem drei Jahre

alten Kinde fand S. D. Risley (Philadelphia) hochgradige Prominenz des rechten Auges, von steinerner Härte, mässige Mydriasis, und einen gelben Reflex aus der Tiefe. Die Diagnose eines intra-oculären Tumors wurde, da nach Aufnahme des Kindes in das Wiels Eye Hospital alle Symptome, besonders die hohe Spannung fast vollständig zurückgingen, als irrthümlich angesehen, und jetzt ein Pseudo-Gliom diagnosticirt. Jedoch stellten sich nach weiteren zwei Wochen alle Erscheinungen in der alten Heftigkeit wieder ein; es kam auch eine hochgradige Hervortreibung der Linse bis in das Pupillargebiet hinein hinzu, durch ein vom Glaskörper ausgehendes gelbes Exsudat. Bei der Enucleation des Auges fand sich der Nerv in einer knorpelharten Tumormasse eingebettet, welche weit nach hinten in die Spitze des Orbital-Trichters hineinragte. Diese Masse wurde mit der Kugelzange nach vorne gezerrt und möglichst gründlich excidirt.

Bereits sechs Wochen nach dieser Operation fand sich die ganze Augenhöhle mit ganz ähnlichen Geschwulstmassen gefüllt. Bald darauf ging das Kind, nach der Aussage der Eltern, an allgemeinen Convulsionen zu Grunde. Die histologische Untersuchung ergab ein Gliosarkom der Netzhaut und des Sehnerven.

S. B. St. John (Hartford) und J. Andrews (New York) berichten über je einen Fall von primärem Sarkom der Iris, eine überaus seltene Affection. H. D. Noyes (New York) berichtet über ein von ihm beobachtetes metastatisches Aderhautsarkom, und giebt eine ausführliche Zusammenstellung der schon veröffentlichten Fälle. Zur Differentialdiagnose dieser Art werden folgende Eigenschaften hervorgehoben. Der Aderhaut-Krebs ist äusserst selten, wächst ziemlich rasch, jedoch ohne frühzeitige heftige Localersscheinungen oder Spannungszunahme hervorzurufen, tritt meistens erst am hinteren Augenpol auf, ist nicht umfangreich, auch niemals sehr dick, neigt auch zur diffusen Verbreitung. Gerne zieht das Carcinom beide Augen in Mitleidenschaft, jedoch ohne ausserhalb derselben zu wachsen, und bedingt nicht unmittelbar die Enuclation. Das Gewächs ist immer metastatisch. Die Netzhautablösung findet sich bei den verschiedensten Tumoren, also lässt sich dieses Symptom kaum zur speziellen Diagnose verwerthen.

P. Fridenberg.

(Schluss folgt.)

SITZUNGSBERICHTE.

Deutsche Medicinische Gesellschaft in New York.

17 West 43. Strasse.—Sitzung vom 4. Januar 1897.—Präsident: Dr. Willy Meyer, später Dr. Freudenthal.

Sekretär Dr. John A. Beuermann verliest das Protokoll der letzten Sitzung, welches genehmigt wird.

1. VORSTELLUNG VON PATIENTEN.

Dr. Max Einhorn: Ich habe hier einen Fall von Leukämie, den ich vor vier bis sechs Wochen in der Sitzung bei Dr. Jacobi demonstrirt habe als einen Fall von beginnender Leukämie, und zwar mehr oder weniger akuter Leukämie. Als ich damals den Patienten vorstellte, war er etwa vierzehn Tage bis drei Wochen krank. Die Erscheinungen waren nicht sehr ausgesprochen, er fühlte sich ziemlich kräftig; die Milz erreichte damals schon beinahe die Nabellinie, aber sie fühlte sich noch ziemlich weich an. Ich sagte auch, dass ich das Blut untersucht hätte, und dass das Verhältniss der weissen Blutkörperchen zu den rothen etwa 1:20 war. Seitdem sind etwa zwei Monate vergangen. Die Erscheinungen haben etwas zugenommen. Die Milz ist erheblich grösser geworden, sie reicht etwa drei Finger unter den Nabel herunter und ist auch fester geworden, und das Verhältniss der weissen Blutkörperchen zu den rothen ist gestiegen, es ist jetzt vielleicht 1:6. Ich werde Ihnen ein frisches Präparat demonstriren, sobald das Mikroskop zur Stelle sein wird. Ich bitte die Herren nun den Patienten ein wenig zu untersuchen. Auch im Stehen kann man schon die Milz sehr gut palpiren.

Die Fälle von akuter Leukämie sind ziemlich selten, nicht so häufig wie die chronischen. Der Patient hatte vor vielen Jahren Lues gehabt, und darauf hin habe ich den Versuch gemacht, ihm Jodkalium zu geben, aber ohne viel Erfolg. Darauf habe ich angefangen ihm grosse Dosen Arsen zu geben, es hat aber nicht viel gewirkt. Im Gegentheil, es stellten sich Magenbeschwerden ein. Letzthin hat er Methylenblau bekommen, 0,2 pro Dose und Tag. Er hat das längere Zeit genommen, und es thut ihm gut, die Schmerzen sind geringer; aber die Milz ist nicht kleiner geworden, wohl aber etwas fester. Ob das dem Methylenblau zuzuschreiben ist, weiss ich nicht. Er war bis vor zwei bis drei Monaten immer gesund. — Die Milz verdeckt die ganze Magengegend, und hauptsächlich in der ersten Zeit imponirte sie beinahe als ein Magentumor. Der Patient hatte sich übrigens selber Blutegel angelegt, und davon rühren die Punkte her, welche Sie hier sehen.

(Demonstration eines frischen Blutpräparates; das Verhältniss der weissen Blutkörperchen zu den rothen ist etwa 1:5).

Diskussion:

Dr. A. Jacobi: Ich möchte fragen, wie lange und wie viel Arsenik gegeben worden ist.

Dr. Max Einhorn: Ich habe ihm nicht sehr grosse Mengen geben können. Er hat etwa drei bis vier Wochen Arsenik genommen, aber ich konnte nicht grosse Dosen geben, weil er sie nicht vertrug, etwa vier Tropfen von der Fowlerischen Lösung dreimal per Tag.

Dr. A. Jacobi: Das ist erstaunlich wenig, Herr Präsident. Wenn man irgend welchen Eindruck machen will auf eine Blutkrankheit, so braucht man sehr viel mehr, und man kann es fertig bringen, Arsenik bei langsamem Steigen in sehr grossen Gaben zu geben, und unter den Umständen wird es dann gut vertragen. Ich bin gewohnt gewesen, bei Blutkrankheiten und Chorea z. B. die Fowler'sche Solution mit dem zehnfachen, gelegentlich dem zwanzigfachen Quantum Wasser zu vermischen, und wenn ich zum Beispiel einem Erwachsenen fünf Tropfen geben wollte, dann habe ich, mit zwölf Theilen Wasser vermischt, einen Theelöffel voll in der Anfangsdose gegeben und dafür gesorgt, dass mit jeder folgenden Gabe — drei täglich — ein Tropfen mehr gegeben wird. Dann ist man bequem, und ohne dass der Patient es fühlt, bei zehn Tropfen angelangt binnen zwanzig Tagen und kann das beinahe ins Unendliche steigern. Diejenigen Patienten, welche Fowler's Solution ausnahmsweise einmal nicht vertragen, sind doch im Stande, arsenige Säure in Pillenform gut zu nehmen. Ich habe recht häufig arsenige Säure drei, vier, sechs Monate hinter einander gegeben, ohne den Magen irgend wie zu beschweren. Ich möchte übrigens gern von anderen Herren hören, welche Erfahrungen sie mit Knochenmark gemacht haben in Leukämie.

Dr. Max Einhorn: Ich habe schon gelegentlich einer Diskussion über einen ähnlichen Gegenstand bei Dr. Jacobi erwähnt, dass ich manchmal, d. h. in einigen Fällen, günstige Erfolge von Anwendung von Knochenmark bei schwerer Anämie gesehen habe, aber in einem Fall von Leukämie — ich habe nur zwei andere Fälle von Leukämie in den letzten zwei Jahren gesehen — habe ich nicht Gelegenheit gehabt, therapeutisch etwas damit zu erreichen. Ich glaube auch nicht, dass man sehr viel darauf geben kann. Die Anwendung grosser Dosen von Arsen ist vielleicht noch wirksamer, und, wie gesagt, ich habe auch bei unserem Patienten den Versuch gemacht, aber es ging nicht, er konnte es nicht vertragen. Ich habe natürlich auch die Fowler'sche Lösung verdünnt. Mit arseniger Süure habe ich keinen Versuch gemacht. Wie gesagt, es ist ja noch ein ganz junger Fall, und ich wollte nicht zu viel versuchen, ich werde es aber gern thun.

Dr. A. Jacobi: Wie Dr. Einhorn sagt, ist dies ein junger Fall. Wir wissen alle, was aus Leukocythämie wird. Wenn daher etwas geschehen soll, sollte es früh geschehen, denn der Kranke wird nach allen Erfahrungen, die wir haben, schlechter und schlechter werden. Ich würde nun zwei Vorschläge machen. Der Mann wird nicht gesund und wird auch nicht besser, wenn er auf der Strasse umherläuft und seinem Geschäft nachgeht. Ich würde daher eins von beiden thun, vielleicht beides im Laufe der Zeit. Die Milz ist nicht sehr gross, sie kann noch exstirpirt werden. Das wäre der eine Vorschlag. Der zweite Vorschlag, wenn die Milz bleibt, wo sie ist, wäre der, von Zeit zu Zeit, alle acht, zehn, zwölf Tage spätestens einen Aderlass zu machen und physiologische Lösung zu infundiren. In der Weise kann

es möglich werden, dass die Blutmischung verbessert wird. Wie der Fall jetzt ist, geht er gerade dahin, wohin alle unsere anderen Fälle gegangen sind.

Präs. Dr. Willy Meyer: Ich möchte mir ein Paar Worte zur Frage der Milzexstirpation erlauben. Im Sommer 1894 habe ich bei einem leukämischen Patienten eine ausserordentlich grosse Milz im Deutschen Hospital exstirpirt und hatte die Freude, dass die Operation als solche ganz glatt vor sich ging. Sämmtliche grossen Gefässe, die zur Milz gehen, wurden doppelt unterbunden und breite Adhäsionen u. s. w. wurden stumpf gelöst. Die Operation ging so glatt, und der Patient befand sich so gut nach der Operation, dass man in etwas zu optimistischer Weise unterliess auf die Blutstillung acht zu haben. Ich glaubte durch genügende Jodoformgazetamponade dieser Blutung Einhalt gebieten zu können. Zu meinem grossen Leidwesen jedoch war der Patient, als ich wieder ins Hospital kam, im Verscheiden. Es hatte ein solches Nachsickern von Blut stattgefunden, dass er an der Blutung zu Grunde ging. Ich habe dann die verschiedenen Fälle, die in der Literatur niedergelegt sind, kurz durchgesehen, und fand, dass die Aussichten definitiver Blutstillung bei Leukämie ausserordentlich gering sind. Es ist sogar von einer grossen Anzahl angesehener Chirurgen der Satz aufgestellt, bei Leukämie nicht die Milz zu exstirpiren. Ich glaube, auch Dr. Jacobi wird mir Recht geben aus dem Grunde, dass wir noch gar nicht wissen, ob die Milzerkrankung die Grundlage der Leukämie ist oder nicht blos eine Teilerscheinung. Jedenfalls gilt in der Chirurgie heutzutage der Satz, leukämische Milzen zufrieden zu lassen, und ich möchte Dr. Jacobi fragen, ob ihm vielleicht Fälle bekannt sind, wo leukämische Milzen mit Erfolg exstirpirt sind.

Dr. A. Jacobi: Ich muss die Frage des Präsidenten mit Nein beantworten. Ich habe wohl darüber gelesen, aber ich habe keinen Fall mehr in genauer Erinnerung.

Dr. L. Weber: Was die chirurgische Frage betrifft, so bin ich überzeugt, dass dasselbe, was Ihnen, Herr Präsident, passirt ist, bei weiteren Operationen der Art zu befürchten ist. Die Gefässernährung ist in Leukämie so miserabel, dass ich ganz entschieden glaube, dass eine Milzexstirpation selten riskirt werden darf.

Dr. F. Schwyzer: Ich möchte das „für" und „wider" der Milzexstirpation bei Leukämie nicht besprechen, dagegen auf eine Arbeit aufmerksam machen, die im Jahre 1895 erschienen ist und die mir in dieser Beziehung sehr wichtig erscheint. Die Hauptgefahr bei Milzexstirpation in Leukämiefällen ist die Blutung, denn bei Leukämie sinkt die Gerinnbarkeit des Blutes oder sie verschwindet ganz. Nun hat Castellino folgende Untersuchung gemacht: Er hat zunächst bei Thieren durch intravenöse Einspritzung von Calciumchlorid die Gerinnbarkeit des Blutes enorm erhöhen können. Dann hat er bei Leukämie dasselbe gethan, aber statt Calciumchlorid, phosphorsauren Kalk in die Blutbahn eingespritzt, und es gelang ihm bei einem Leukämiker, der ungerinnbares Blut hatte, das Blut gerinnbar zu machen. Die Milz wurde exstirpirt, der Patient überstand die Operation. Ob er später der Leukämie doch erlegen ist, ist mir nicht bekannt. Das

Prinzip ist nach den neuen Lehren der Blutgerinnung ganz verständig. Zur Blutgerinnung gehört vor allem ein Kalksalz, und wenn wir den Kalkgehalt des Blutes erhöhen, scheint die Gerinnbarkeit grösser zu werden.

Dr. B. Lapowski: Ich kann nur bestätigen, was Dr. Jacobi gesagt hat. Ich habe vor zehn Jahren einen Fall in Warschau gesehen. Es war eine Frau, 45 Jahre alt, welche eine Milz hatte, 20-, 30-Mal so gross wie gewöhnlich. Sie hat zwei oder dreimal wöchentlich Nasenbluten gehabt und sich jedes Mal nach demselben besser gefühlt. Die Milz wurde ein wenig kleiner. Ich kann nicht genau sagen, wie lange das gedauert hat, vielleicht drei, vier Wochen. In dieser Zeit hat sie vielleicht zehn bis zwölf Mal Blutung gehabt. Nachdem aber die Exstirpation gemacht worden war, folgte am zweiten Tage nachher exitus letalis.

Wenn übrigens der Patient Syphilis gehabt hat, so sollte, bevor eine Exstirpation oder irgend etwas anderes gemacht wird, eine antisyphilitische Behandlung eintreten, und ich möchte glauben, dass eine Calomel-Injektion hier angezeigt wäre.

Dr. Max Einhorn (Schlusswort): Ich will nur hinzufügen, dass ich selber den Gedanken an eine Exstirpation der Milz gehabt habe, aber dass ich nicht sehr günstig davon dachte. Der Patient hat übrigens die ganze Zeit nicht gearbeitet, sondern hat sich ruhig verhalten. Er zog aber vor zu Haus zu bleiben, statt ins Hospital zu gehen. Ich will ihn aber gern nach dem Hospital schicken und ihn der Aufsicht des Dr. Jacobi überlassen.

DEMONSTRATION VON PRAEPARATEN.

Dr. Joseph Fränkel demonstrirt ein Präparat von Mediastinal Tumor.

Präs. Dr. Willy Meyer: Wir müssen die Diskussion über dieses Präparat auf die nächste Sitzung verschieben.

Dr. J. Schmitt: Präparat. Extrauterinschwangerschaft.

Meine Herren. Ich habe hier ein Präparat mitgebracht, das ich durch Laparotomie gewonnen habe und das in vieler Beziehung interessante Punkte bietet. Es handelte sich um eine verheiratete, 32-jährige Patientin, die jahrelang an chronischer, doppelseitiger Salpingo-Ovaritis litt. Sie hat einen Sohn, 10 Jahre alt, aber seit der Zeit nicht mehr geboren. Sie menstruirte auch regelmässig, bis Mitte November ihre Menstruation aufhörte. Ungefähr drei Wochen danach begann sie zu bluten. Bei der Untersuchung fand ich zunächst den Uterus geschwollen, vergrössert, nicht besonders weich, aus demselben dunkles, mit weissen Häutchen vermischtes Blut herausquillend; im Douglas fand ich eine weiche Masse, etwa apfelgross, aus der man aber ziemlich gut einen verdickten Strang nach dem rechten Uterusrande heraustasten konnte. Ebenso war auch links eine verhärtete Masse durchzufühlen, aus der ebenfalls ein verhärteter Strang nach links abtastbar war. Es entstand natürlich die Frage, um was es sich handelte. Im allgemeinen konnte es sich nur um zwei Möglichkeiten handeln. Entweder um eine Verschlimmerung ihres alten Leidens in Folge der Abortion. Es konnte dann in diesem Fall vielleicht ein Pyosalpinx sich gebildet haben, obgleich die Patientin sehr wenig

Fieber hatte, 101 im Rectum. Sie hatte keine Schweisse und keine Schüttelfröste. Es konnte aber auch eine Extrauterinschwangerschaft sein. Ich curettirte Patientin und fand den Uterus leer, konnte aber bei dieser Gelegenheit eine grosse Menge von Häutchen herausfördern. Das Curettement half der Patientin in keiner Weise. Sie blutete fortwährend und war so anämisch, dass ich ihr schliesslich Laparatomie vorschlug, in die sie einwilligte. Ich nahm die Laparatomie in ihrem Hause vor am 24., und bei Eröffnung der Bauchhöhle entleerte sich eine ziemliche Menge, etwa eine Kaffeetasse voll Blut. Im Douglas war eine schwer zu entwirrende Masse teils durch Adhäsionen, teils durch frische Exsudte zusammengeklebt. Doch war es mir möglich die rechte Seite zu isoliren und abzubinden, und dann auch die linke Seite; beide Seiten waren im Zustand der chronischen Entzündung.

Wenn Sie sich das Präparat betrachten, so finden Sie ungefähr das Mittelstück der rechten Tube zu einem Sack erweitert. Dieser Sack ist ausgefüllt durch einen etwa eigrossen Blutklumpen. Der Blutklumpen konnte ziemlich leicht abgelöst werden, nur an einer etwa fünf Cent grossen Stelle war er ziemlich fest verwachsen, und die Tubenwand war in ziemlich grosser Ausdehnung verdünnt, an einer Stelle perforirt. Nun wurde mir auch das klinische Bild ziemlich klar. Die Kommunikation dieses Tubensacks mit dem Uterus war frei. Es konnte die Blutung direkt erfolgen in die Uterushöhle hinein, und der Blutklumpen war nur teilweise im Stande, die Blutung zu beherrschen. Es blutete dann auch durch die Perforationsstelle. Das Ei war natürlich schon längst abgestorben; die Stelle hier, wo der Blutklumpen so fest anhaftete, wurde untersucht, und es wurden ganz charakteristische Zotten gefunden, so dass die Diagnose „extrauterine Schwangerschaft" ganz ausser Zweifel ist. — Die Patientin hat im allgemeinen eine gute Rekonvalescenz durchgemacht. Es ist heute der zwölfte Tag. Sie hat ausgezeichneten Appetit. Die Bauchwunde ist per primam geheilt. Ich habe durch die Wärterin eine Tabelle der Temperaturen und des Pulses anfertigen lassen, aus der Sie den normalen Verlauf ersehen können.

Präs. Dr. Willy Meyer: Auch über dieses Präparat muss die Diskussion aus Zeitmangel auf die nächste Sitzung verschoben werden.

Ehe wir in unserem Programm weiter gehen, gestatten Sie mir, Herrn Dr. L. Weber zu einem Nekrolog auf unser verstorbenes Mitglied Dr. Carl Heitzmann das Wort zu geben.

Dr. L. Weber verliest den Nekrolog wie folgt. (Wurde in der Januarnummer veröffentlicht).

Präs. Dr. Willy Meyer: Meine Herren. Es liegt mir noch ob, Ihnen das Protokoll unserer letzten Verwaltungsrats-Sitzung vom 30. Dezember vorlegen zu lassen.

Sekr. Dr. John A. Beuermann verliest das betr. Protokoll, sowie demnächst den Entwurf des Vertrags zwischen der Medical Monthly Publishing Company einerseits und der Deutschen Medizinischen Gesellschaft andererseits.

Dr. L. Weber: Ich erlaube mir den Kollegen mitzuteilen, dass im Verwaltungsrat die einzelnen Paragraphen des Vertrags genau durch-

gegangen wurden, und ich möchte darauf aufmerksam machen, dass, wenn wir jetzt die einzelnen Paragraphen beraten, das so ziemlich alles sein wird, was wir heute vornehmen können. Ich möchte deshalb die Zustimmung der Kollegen und die Unterstützung des Antrags erbitten, den ich jetzt stellen will. Sollte derselbe nicht durchgehen, so wird es das beste sein, die einzelnen Paragraphen des Vertrags drucken zu lassen, damit die Kollegen sie durchsehen können, um in der nächsten Sitzung darüber abzustimmen. Doch möchte ich zuvor versuchen, ob mein Antrag angenommen wird. Ich stelle den Antrag, die eben verlesenen Paragraphen des Vertrags im Ganzen anzunehmen, ohne dieselben im einzelnen nochmals durchzusprechen.

(Unterstützt).

Präs. Dr. Willy Meyer: Alle, die für den Antrag sind, bitte ich „ja" zu sagen. (Geschieht). Der Antrag ist angenommen.

Weiter ist vom Verwaltungsrat beschlossen worden, neben dem Neudruck eines Mitglieder-Verzeichnisses auch die Statuten neudrucken zu lassen, da, wie richtig hervorgehoben wurde, eine ganze Anzahl neuer Paragraphen und Zusätze hinzugekommen sind, die aufgenommen werden müssen, und beides, Mitglieder-Verzeichniss und Statuten, in einem Band zu vereinigen, und zwar soll auf der ersten Seite das Bildniss nebst Nekrolog Dr. C. Heitzmann's erscheinen.

Alle Herren, die dafür sind, dass dies so geschehen soll, bitte ich „ja" zu sagen. (Geschieht). Der Antrag ist angenommen.

2. ANSPRACHE DES SCHEIDENDEN PRAESIDENTEN.

Präs. Dr. Willy Meyer: Meine Herren. Nach den mehrfachen Gelegenheiten, die wir in der letzten Zeit gehabt haben, uns genauer über die Stellung unseres Vereins in der hiesigen New Yorker und der gesammten medizinischen Welt auszusprechen, werden Sie es mir gewiss ersparen, hier noch genau und ausführlich die Thätigkeit unseres Vereins in den letzten zwei Jahren darzulegen. Sie Alle wissen, dass unser Verein jetzt 305 Mitglieder zählt, 291 aktive Mitglieder, 14 Ehrenmitglieder und korrespondirende Mitglieder zusammengenommen. Sie Alle wissen, dass unsere Kassenverhältnisse, die der Gesammt-Kasse des Vereins und des Unterstützungs-Vereins, glänzende sind, sowie ferner, und gewiss noch besser als ich, dass das, was in unserem Vereine geleistet wird und früher geleistet wurde, echt wissenschaftlicher Natur ist.

Der Besuch unseres Vereins ist stetig gewachsen: Im vorigen Jahr betrug die Durchschnittszahl noch 50; sie ist in diesem Jahr auf 70 gestiegen, und sehr häufig habe ich mit Freuden meinen wachsamen Nachbar zur Rechten Zahlen, wie 83, 84 aufschreiben sehen, ganz abgesehen von dem Besuch der letzten Generalversammlung. Sie wissen ferner, dass der Verein vor zwei Jahren beschlossen hat, in Gestalt eines sehr gebildeten Doctors der Philologie einen Stenographen für den Verein zu schaffen, durch dessen Hülfe es uns ermöglicht wird, so treffliche Protokolle zu liefern, wie sie der Verein nun seit zwei Jahren veröffentlicht. Sie haben soeben beschlossen, ein wissenschaftliches Organ des Vereins definitiv zu kreiren in Gestalt der Deutschen Medizinischen Monatsschrift, und endlich haben Sie es bewiesen, dass alle die Vorträge und Demonstrationen, die in un-

serem Verein gehalten sind, sich mit denen in irgend einem Lande der Welt messen können. Dass dieses möglich war, und dass wir in den zwei Jahren, während welcher ich die Ehre hatte Ihnen zu präsidiren, diese Freude erleben durften, das danken wir einzig und allein Ihnen, und ich möchte Sie innig bitten, dieses Ihr Interesse für den Verein nie erlahmen zu lassen und dem neuen Präsidenten und den folgenden Präsidenten eine gleiche Liebenswürdigkeit entgegen zu bringen und denselben ebensowenig Sorge zu machen betreffs Aufstellung des Programms für den neuen Monat, wie Sie es mir gegenüber gethan haben. Ich darf hier wohl noch einmal hervorheben, was ich bereits auf dem letzten Stiftungsfest sagte, dass es mir manchmal mehr Mühe gemacht hat, wie es sich wohl einrichten liesse, alles in das Programm hineinzubringen und durchzuführen, als das Programm zu füllen.

Weiter muss ich unsere geselligen Zusammenkünfte erwähnen. Sie waren stets gut besucht, und ich glaube, dass es viel zur Behaglichkeit unserer Vereinigung beigetragen hat, dass wir uns hinterher bei einem Glase Bier gemütlich unterhalten können. Dass es das Privilegium des scheidenden Präsidenten geworden ist, an dem Abend, an welchem er sein Amt niederlegt, die Vereinsmitglieder als seine Gäste begrüssen zu dürfen, verdanken wir unserem früheren Präsidenten, Dr. Gleitsmann, und ich würde es mir zur Ehre anrechnen, wenn jeder von Ihnen auch heute Abend der vor zwei Jahren eingeführten Sitte huldigen würde.

Dass der Tod in unseren Reihen verhältnissmässig schwer gehaust hat in der letzten Zeit, hat uns allen grosses Herzeleid bereitet, und Sie haben soeben aus dem beredten Munde Dr. Weber's gehört, dass gerade der Mann, dem wir das Meiste verdanken, uns so plötzlich entrissen wurde; aber wir haben ihm für ewige Zeiten ein dauerndes Denkmal in unserem Verein votirt. Jedes neue Mitglied wird neben der Mitgliederliste in den Statuten das Bildnis und die Biographie Carl Heitzmann's finden.

Mir sagte vor kurzem ein bekannter Arzt New York's, dass hier in der Stadt zum Mindesten 5- bis 600 deutsche Aerzte existiren. Uns fehlen also noch 2- bis 300. Ich glaube, wir könnten den Manen Carl Heitzmann's kein schöneres Monument setzen, als danach zu streben, dass jeder deutsch sprechende Arzt New York's unser Mitglied werde. Denn die Deutsche Medizinische Gesellschaft der Stadt New York soll, wird und muss bleiben der Mittelpunkt der deutsch sprechenden Aerzte New York's, ja vielleicht der ganzen Vereinigten Staaten!

Es gereicht mir zum Vergnügen, dem Herrn, dem Sie in der letzten Wahl Ihre Stimme gegeben haben, einem Collegen, der sich durch ernstes Arbeiten in seinem Spezialfach hüben wie drüben einen ehrenvollen Namen erworben hat, hiermit die Präsidentschaft zu übergeben: Herrn Dr. Freudenthal. (Lebhafter Beifall).

3. ANSPRACHE DES NEUERWAEHLTEN PRAESIDENTEN.

Präs. Dr. W. Freudenthal: Meine Herren. Indem ich hiermit den Vorsitz für das Jahr 1897 übernehme, drängt es mich, Ihnen meinen verbindlichsten Dank auszudrücken für die ausserordentliche Ehre, die Sie mir durch Ihre Wahl zum Präsidenten dieser Gesellschaft erwiesen

haben. Es ist das die grösste Ehre, die einem deutschen Kollegen als solchem zu Teil werden kann, und ich werde versuchen Ihr Mandat voll und ganz auszuführen. Da die Zeit heute schon sehr weit vorgeschritten ist, so muss ich es mir für ein anderes Mal vorbehalten, über meine zukünftigen Pläne hier zu sprechen. Ich möchte jetzt gleich in medias res übergehen und Ihnen einige zwanglose Worte sagen über das Thema, welches ich für heute Abend gewählt habe, nämlich den wirthschaftlichen Niedergang in der medizinischen Praxis. (Lebhafter Beifall).

(Die Rede wurde in der Februarnummer veröffentlicht).

4. ABSTIMMUNG UEBER DIE KANDIDATEN.

Die Abstimmung ergiebt die Aufnahme der folgenden Kandidaten: Dr. E. J. Messemer, Dr. Anna W. Williams, Dr. A. Schapringer und Dr. R. Abrahams.

5. VORTRAG VON DR. A. JACOBI.

Präs. Dr. W. Freudenthal: Meine Herren. Es gereicht mir zur besonderen Ehre, Ihnen als ersten Vortragenden in diesem Jahre Herrn Dr. A. Jacobi vorzustellen.

Dr. A. Jacobi (mit lebhaftem Beifall begrüsst) liest seinen Vortrag über „Rhachitis-Komplikationen und Verwandschaften." (Wird später in der Monatsschrift veröffentlicht werden).

Präs. Dr. W. Freudenthal: Ich glaube in Ihrem Sinne zu handeln, wenn ich Herrn Dr. Jacobi für seinen lehrreichen Vortrag unseren besten Dank ausspreche. Bravo).

Die Diskussion muss auf die nächste Sitzung vertagt werden.

Wenn sich kein Einspruch erhebt, so ernenne ich hiermit Herrn Dr. A. Seibert zum Delegaten unserer Gesellschaft an das Committee der N. Y. County Medical Society, welches die Frage der unbefugten Benutzung der Dispensaries und Hospitäler zu untersuchen hat. Derselbe ist bestätigt.

Schluss und Vertagung.

Wissenschaftliche Zusammenkunft deutscher Aerzte.

110 West 34. Strasse.

Sitzung vom 25. Sept. 1896.—Vorsitzender: Dr. MAX EINHORN.

VORSTELLUNG VON PATIENTEN.

1.) Dr. Leviseur stellt ein siebenmonatliches Kind mit einem Naevus vascularis der linken Inguinalgegend vor, um das Resultat der electrolytischen Behandlung zu demonstriren. Der Naevus ragte ungefähr ein Achtel Zoll über das Niveau der Haut hervor und war comprimirbar. Man verbindet eine einzige Nadel mit dem negativen Pol, setzt den positiven Pol, die Schwammelectrode, an irgend eine Körperstelle an, führt die Nadel ein, und lässt sie 30, 40 bis 50 Secunden darin.

Er hat von dieser Behandlung nie schlechte Erscheinungen gesehen. Die Behandlung mittelst Compression ist verlassen. Die Totalexcision ist bei so kleinen Kindern nicht zu empfehlen. Einspritzungen mit

Alcohol oder verschiedenen Chemikalien sind nicht ungefährlich. Cauterisation ist ebenfalls nicht zu empfehlen. Das electrolytische Verfahren nimmt viel Zeit in Anspruch.

Discussion:

Dr. Heitzmann möchte die Electrolyse bei Naevi nicht empfehlen, da dieselbe viel Zeit in Anspruch nimmt und recht schmerzhaft ist. In dem vorgestellten Falle ist die Besserung zwar sher markant aber Heilung noch nicht eingetreten. Er möchte als einfachstes Verfahren die Aetzung mit rauchender Salpetersäure empfehlen, die mittelst einer zugespitzten Holznadel angewandt wird.

Dr. Klotz sagt, dass die Resultate mit Electrolyse recht gut sind, wenn man breitere Nadeln gebraucht. Man kann Cocainlösungen einreiben oder einspritzen und wird der Schmerz dadurch erheblich gelindert.

Dr. A. Jacobi hält den Einwurf von Dr. Heitzmann, dass die Prozedur langwierig und schmerzhaft sei, für gerechtfertigt. Die besten Mittel sind entweder Aetzung mit rauchender Salpetersäure oder das Cauterium actuale. Letzteres kann längere Zeit in der Geschwulst bleiben, und ist es besser immer nur einen Theil zu behandeln und mehrere Sitzungen zu gebrauchen.

Dr. Pollitzer möchte in einem Falle wie den vorgestellten, die radicale chirurgische Extirpation vorziehen. Im Gesicht ist jedoch die Electrolyse besser.

Dr. Leviseur meint in seinem Schlusswort, dass zwar die Heilung bei Anwendung von Aetzsubstanzen rascher vor sich gehe, es aber unter dem Schorf zu Infectionen kommen könne.

2.) Dr. Moschcowitz stellt einen fünfjährigen Jungen mit Pseudoleukämie vor. Die Krankheit begann vor zwei und ein halb Jahren mit einer Anschwellung hinter dem linken Ohr, die in Krakau extirpirt wurde. Das Kind blieb zwei Jahre lang gesund, bis vor sechs Monaten eine Geschwulst in der linken Supraclaviculargegend auftrat, welche rasch wuchs. Als er das Kind vor sechs Wochen sah, waren mehrere Geschwülste auf der rechten, sowohl wie auf der linken Seite vorhanden, auch Drüsen in der Inguinalgegend. Eine Zunahme im Umfange des Leibes wurde vor zwei Monaten bemerkt. Die Geschwülste waren noch vor zwei Wochen doppelt so gross und sind alle viel kleiner geworden. Bei der Blutuntersuchung ergab sich eine Verminderung der rothen Blutkörperchen, keine Zunahme der weissen; der Hämoglobengehalt betrug 50 Prozent. Die Cachexie war damals mehr ausgesprochen als jetzt. Das Kind bekam zwei Tropfen Solutio Fowleri drei Mal täglich, und ist die Besserung in zwei Wochen ausserordentlich markant. Die Temperatur stieg früher bis auf 106 Grad und ist jetzt 100 Grad; dass allgemeine Befinden ist viel besser.

Discussion:

Dr. Willy Meyer erinnert sich eines Mannes mit multiplen Drüsen, welcher unter Arsenbehandlung auffallend besser wurde. Die Besserung hielt jedoch nicht an, und trat nach drei bis vier Monaten wieder eine Verschlimmerung ein.

Dr. A. Jacobi: Diese Fälle, sowohl die Pseudoleukämie als auch allgemeine Sarcomatose, sind für Operation nicht geeignet und wer-

den gewöhnlich durch Arsen gebessert. Sie vertragen nach und nach eine ganz gehörige Dose. Es ist mir jedoch kein Fall bekannt der dadurch dauernd geheilt wurde; die Geschwulste können bis auf ein Minimum schwinden, werden aber später wieder grösser. Knochenmark, welches vor einigen Jahren so stark empfohlen wurde, ist nicht zufriedenstellend.

Dr. Rudisch hat mehrere Fälle mit Knochenmark behandelt, aber keine guten Resultate davon gesehen.

Dr. Einhorn hat ebenfalls mehrere Patienten so behandelt, und glaubte eine Besserung constatiren zu können.

3.) Dr. Willy Meyer zeigt einen Mann, welcher Anfälle von traumatischer Epilepsie hatte. Der erste Fall wurde sechs Jahre nach seinem Unfall bemerkt. Er wurde im August 1894 trepanirt und eine dünne Celluloidplatte eingelegt. Nach sieben Monaten bekam er neue Anfälle und wurde eine zweite Operation gemacht und eine neue Celluloidplatte eingelegt. Nach einem Jahr fingen die Anfälle wieder an, obwohl viel schwächer als früher, und wünschte Patient eine neue Operation. Der Schädel wurde zum dritten Male aufgemacht, die Dura aufgeklappt und ein Stück grauer Gehirnsubstanz entfernt. Die Platte wurde nicht wieder eingelegt. Seit April sind keine Anfälle mehr vorhanden. In solchen Fällen können wiederholte Operationen gewiss gute Dienste leisten.

Dr. Hirsch frägt ob medicamentöse Behandlung versucht wurde. Ja, vor der Operation, alles mögliche, nach der Operation nichts mehr.

4.) Dr. Willy Meyer stellt weiter einen Fall vor, an welchem die Gastrotomie nach der von Kader angegebenen Modifikation der Witzel'schen Methode mit bestem Erfolg gemacht wurde. Die Wunde ist wasserdicht und Patienten können nach drei bis vier Tagen aufstehen. Die Fistel schliesst sich von selbst wenn das Rohr entfernt wird.

Dr. Meltzer frägt ob der Einschnitt am Fundus oder am Pylorus gemacht wird, da, Experimenten nach zu urtheilen, am Fundus keine spontanen Contractionen vorhanden sind.

Dr. Einhorn sagt, dass es noch nicht sicher gestellt ist, dass diese Contractionen fehlen, da er dieselben an verschiedenen Thieren leicht am Fundus bekommen konnte.

Dr. Willy Meyer sagt in seinem Schlusswort, dass man versucht so weit als möglich zum Fundus zu gelangen.

5.) Dr. Geo. W. Jacoby stellt einen siebzigjährigen Mann mit einem Aneurisma des Arcus aortae vor.

J. D., 70 Jahre alt. Etiologisch nichts. Keine Lues, kein Alkohol, nichts hereditäres. P. war bis vor drei Monaten anscheinend gesund, dann trat allmählig zunehmende Heiserkeit ein, bis schliesslich die Stimme ganz versagte. Sonst keine subjective Symptome. P. giebt an, dass ihm nichts fehlen würde, wenn er nur sprechen könne.

Untersuchung mit dem Laryngoscop ergiebt, Cadaver-Stellung des linken Stimmbandes, mithin eine Paralyse des N. recurrens.

Weitere Untersuchung. Schlecht genährter Mann. Emphysema pulmonorum. Arteriae Brachiales sehr hart, verlängert, geschlängelt und hervorragend. Herz nach unten verdrängt. Spitzen-

stoss im siebenten Intercostalraum, ¾ Zoll nach Aussen vor der Warzenlinie. Dämpfung beginnt an der unteren Kante der vierten Rippe. Systolisches Geräusch, besonders über der Mitralis. Ausgesprochene Dämpfung am Manubrium Sterin, etwa Hühnereigross. Hier auch blasendes Geräusch.

Bemerkungen: Es handelt sich hier um einen Tumor im Mediastinum. In Anbetracht des hohen Alters und der ausgesprochenen Atheromatose, jedenfalls um ein Aneurysma. Comprimirt ist der Nervus laryngeus inferior — daher die laryngeale Lähmung. Der Sitz des Aneurysma's ist der übliche, am Arcus Ascendeus und Transversus.

Auch ist es gewöhnlich, wie auch hier, der linke Nervus recurrens, der gelähmt ist. Auffallend ist noch die merkwürdige Schlängelung und Rigidität der Arteria brachialis sinistra; es scheint als ob die Atheromatose überhaupt links mehr ausgeprägt ist als rechts; rechts lassen sich die Arterien leicht comprimiren, so dass der Puls den Anschein giebt, rechts schwächer zu sein als links.

In allen Textbüchern wird es angenommen, dass Schwäche des Pulses auf der einen Seite für die Localisation des Tumors zu verwerthen sei, dass der Puls auf derselben Seite als der Tumor liegt, schwächer sei.

Diese allgemeine Bemerkung halte ich für falsch, in so fern als die Schwäche des Pulses von rein individuellen Umständen abhängt, in dem einen Fall allerdings von Compression der Gefässe, in vielen anderen aber von Ursachen, welche mit dem direkten Druck des Tumors wenig zu thun haben; so in diesem Fall von einer Atheromatose, welche links bedeutend überwiegt.

Dr. Langmann sagt, dass die Qualität der Pulse meist nicht verschieden ist, nur das Fehlen von Synchronismus vorhanden sei. Die Verschiedenheit der Arterien möchte er nicht auf das Aneurisma schieben, da dieselbe auch bei Gesunden häufig ist.

Dr. Kaufmann hat eine Verschiedenheit im Zeiteintritt der Pulse bei Aneurismen, wie es in Lehrbüchern beschrieben ist, nie gesehen. Die Diagnose sollte auf Tumor mediastini beschränkt werden, da die des Aneurisma nicht immer sicher gestellt werden kann; nur dort wo eine Pulsation innerhalb der Geschwulst vorhanden ist, kann eine solche gemacht werden.

6.) Der zweite von Dr. Jacoby vorgestellte Fall ist ein seltener; hier handelt es sich um eine Hemiatrophie des Gesichtes. Die Patientin ist 28 Jahre alt, in Russland gebürtig; 4 Jahre verheirathet; 2 Kinder. Familiengeschichte und Vorgeschichte der Patientin weisen nichts Bemerkenswerthes auf. Von irgend welchen früheren Nervenstörungen ist keine Rede.

Die jetzige Erkrankung soll vor 1½ Jahren, während des fünften Monats einer Schwangerschaft begonnen haben. Es zeigte sich erst eine Vertiefung der Fissura Naso-labialis sinistra. Allmählig wurde die eine Gesichtshälfte kleiner, bis der Zustand, wie Sie ihn jetzt sehen, sich entwickelte. Heute finden wir eine bedeutende Vertiefung in der Region subzygomatica. Sensibilitätsstörungen sind nicht vorhanden. Electrische Untersuchung ergiebt eine erhöhte Erregbarkeit

der facialis Muskulatur beiden Stromesarten gegenüber auf der erkrankten Seite; besonders ausgezeichnet ist dieses im Orbicularis palpebrarum. Die Zuckungen sind durchaus nicht träge. Haut, Unterhautzellgewebe, Muskeln und anscheinend auch die Knochen sind atrophisch. Die betroffene Gesichtshälfte schwitzt mehr als die andere; keine Druckschmerzpunkte im Verlauf des Trigeminus. Ueberhaupt will Patientin niemals Schmerzen gehabt haben, und klagt auch jetzt nur über die Verunstaltung, welche durch die Krankheit hervorgebracht wird.

Bemerkungen: Diese Patientin ist etwas älter als die meisten derartig Behafteten; gewöhnlich tritt die Erkrankung vor dem zwanzigsten Jahre auf, auch ist die Entwickelung hier eine ziemlich rasche gewesen. Sonst pflegt die Affection sehr allmählig zu entstehen. Interessant, aber noch wenig Aufschluss gebend, ist die Frage nach der Pathologie der Erkrankung. Während Mendel stark für die Ansicht eintritt, dass es sich um eine Neuritis handle, treten Andere ebenso stark für den centralen Ursprung ein. Ebenso weiss man nicht ob es sich um eine Affection des Quintus oder des Sympathicus handle. Jedenfalls haben wir es mit einer Trophoneurose zu thun.

Therapeutisch ist nichts von Werth.

Cosmetisch lässt sich etwas bei zum Stillstand gekommenen Fällen durch Einlegung einer Platte, welche die gesunkene Backe hebt, thun.

7.) Dr. Einhorn zeigt einen Mann mit einem sehr ausgesprochenen Aneurisma, der seit neun Monaten über leichte Athembeschwerden klagt, auch wenn er auf der rechten Seite liegt, und dass er beim Essen manchmal Wasser nachtrinken muss. Pulsation und Schwirren sind zu fühlen und Dämpfung ist vorhanden. Die Herzdämpfung ist vergrössert, auch ist ein Geräusch vorhanden. Der Puls auf der rechten Seite ist kleiner als links, die Arterie radialis rechts nicht so voll als links. Patient hatte Lues.

8.) Dr. Einhorn stellt ebenfalls einen Mann von 33 Jahren vor, der vor eindreiviertel Jahren 4—5 Stunden nach dem Essen Magenbeschwerden hatte, die sich nach einiger Zeit besserten, dann aber wieder schlechter wurden; jetzt bekommt er sie 1½ bis 2 Stunden nach dem Essen. Er wurde erst mit Säure behandelt und wurde schlechter. Es wurde ihm gesagt, sich den Magen auszuwaschen, was er zwei bis dreimal täglich that und dabei 55 Pfund Gewicht verlor. Wahrscheinlich handelt es sich um Hyperacidität, zu viel Ausscheidung von Salzsäure. Das Auswachsen wurde vor drei Wochen ausgesetzt, er bekam leichte Kost und ist jetzt viel besser. Das Auswaschen sollte nur im nüchternen Zustande vorgenommen werden.

Schluss und Vertagung.

Louis Heitzmann, Schriftführer.

Sitzung vom 23. Oct. 1896.—Vorsitzender: Dr. Geo. W. Jacoby.

VORSTELLUNG VON PATIENTEN.

1.) Dr. A. Jacobi zeigt einen einjährigen Jungen, welcher zuerst vor zwei Monaten auf der linken Seite des Bauches eine Härte bekam. Der damals gerufene Arzt behauptete nichts abnormes zu sehen. Die

Geschwulst muss rasch zugenommen haben und ist nicht schmerzhaft. Sie ist nach oben ziemlich abgegrenzt. Die grösste Härte scheint nahe der Beckengegend zu sein. Seit zwei Wochen sind die Gefässe erweitert, und erinnern solche grosse Blutgefässe an Leberkrankheiten, doch glaubt er, dass es sich hier um Metastasenerkrankungen handelt, wahrscheinlich stark geschwollene Netz- und Mesenterialdrüsen.

Dr. Caillé: Die Geschwulst erstreckt sich bis in die linke Nierengegend und glaubt er, dass wir es hier entweder mit sarcomatösen Drüsen oder Sarcom der linken Niere zu thun haben.

Dr. A. Jacobi hat niemals ein einfaches Nierensarcom von dieser Grösse gesehen, welches sich bis ganz an die entgegengesetzte Seite erstreckt; es mag wohl ein solches dabei sein; es sind gewiss auch Metasstasen um die Pfortader herum vorhanden. Operativ ist natürlich in einem solchen Fall nicht vorzugehen, und sollte man sich auf innerliche Behandlung beschränken. Der letale Ausgang ist wohl sicher.

2.) Dr. A. Jacobi zeigt sodann ein neunmonatliches Kind weiblichen Geschlechts, welches bis zum achten Monat gesund war, dann zu husten anfing, und bei welchem sich dann eine Geschwulst zeigte, die zwei bis drei Finger breit über dem unteren Rippenrand links anfängt, und sich bis zur Symphyse und über die Symphyse an der entgegengesetzten Seite erstreckt. Es kann dies nur die Milz sein. Die Blutuntersuchung ergab keine Plasmodien, so dass Malaria ausgeschlossen werden kann, auch keine Leukämie und kein Hodgkin. Mit Ausnahme der leicht geschwollenen Drüsen der Inguinalgegend sind keine Drüsen geschwollen. Er hat viele Milzgeschwülste gesehen. Die Malariageschwülste sind nie so gross. Carcinome in der Milz sind immer secundär und sehr selten, Sarcome jedoch häufiger und glaubt er es hier mit einem solchen zu thun zu haben.

Bei der Discussion sagt Dr. Langmann, dass das Fehlen von Plasmodien nicht gegen Malaria sprechen sollte. In der Gegend wo die Leute wohnen, kennt er einen hartnäckigen Fall. Starker Ascites würde wohl mehr für eine Geschwulstbildung mit anderen metastatischen Ablagerungen sprechen.

Dr. Kaufmann: Die Milz ist innerhalb des Organs gleichmässig vergrössert, was doch auffallend ist wenn es sich um einen Tumor handelt. Vielleicht könnte eine Venenthrombose vorliegen.

Dr. Schwyzer ist der Meinung, dass die Milz selbst punctirt werden sollte, um einen Tropfen Blut auf Plasmodien zu untersuchen bevor Malaria ausgeschlossen wird.

Dr. A. Jacobi wird dies versuchen. An Thrombosenbildung möchte er ohne acute Erscheinungen, Fieber, Schmerzen u. s. w. nicht glauben.

3.) Dr. A. Jacobi zeigt ferner ein siebenwöchentliches Kind, welches gut aussieht und eine in kurzer Zeit stark gewachsene Geschwulst in der Sacral- und Perinealgegend hat, die nicht schmerzhaft ist, hauptsächlich von der linken Seite ausgeht und den Anus nach rechts verschoben hat. Der Umfang der Geschwulst war vor kurzer Zeit vierzehn Zoll und ist jetzt neunzehn Zoll. Es ist Fluctuation vorhanden, theilweise fühlt sich die Geschwulst härtlich, knorpelartig, elastisch, cystisch an, so dass es sich wohl sicher um eine Menge Cysten handelt.

Spina bifida giebt nicht dies harte Gefühl und wird die Haut brandig an der Oberfläche. Solide Geschwülste sind ausgeschlossen. Es handelt sich hier wohl um einen verkümmerten Doppelfötus, und findet man alle möglichen Gewebe darin vor. Einen Zusammenhang mit der Wirbelsäule möchte er ausgeschlossen wissen, bevor zu einer Operation geschritten wird.

Dr. Sachs möchte die Möglichkeit einer Verbindung mit der Wirbelsäule nicht ganz ausschliessen. Punction wäre doch wünschenswerth.

Dr. Caillé würde an verschiedenen Stellen punctiren und einen Farbstoff einspritzen, um dann durch Lumbalpunction eine Communication mit der Wirbelsäule nachzuweisen.

Dr. Cohn sagt man könnte microscopisch oder chemisch betreffs des Inhalts der Flüssigkeit differenzieren und so einer Diagnose näher kommen.

4.) Dr. Roeloffs stellt einen Fall von Tetanus neonatorum bei einem dreiundzwanzig Tage alten männlichen Kinde vor. Am achten Oktober fand die rituelle Beschneidung des Kindes statt; am neunten konnte es den Mund nicht öffnen. Am dreizehnten war ausgesprochener Trismus vorhanden, die Rumpfmuskeln bretthart, gespannt, die Augen geschlossen. Der Kopf war frei beweglich; der Harn retinirt. Puls und Temperatur normal. Stuhl durch Clysmen. Die Wunde war trocken und sah gut aus. Das Schlucken ging ziemlich gut; er verordnete Bromkali und Chloralhydrat per Rectum, warme Bäder und Ruhe. Der Spasmus dehnte sich auf alle Rumpfmuskeln aus. Am zwanzigsten bekam das Kind 1—1½ des pulverisirten Tetanus Antitoxinextracts, 500 Einheiten entsprechend, eingespritzt. Nach fünf Stunden nahm es zum ersten Mal wieder die Brust; am einundzwanzigsten wurde eine zweite Einspritzung gegeben und ist das Kind jetzt in jeder Beziehung besser obwohl die Starrheit der Muskeln noch vorhanden ist. Es ist wahrscheinlich, dass hier die Infection vom Nabel ausging und nicht durch die Circumcision verursacht wurde. Die Prognose ist in solchen Fällen eine verhältnissmässig günstige. Die Frage wäre ob derartige Fälle eine Gefahr für die Mutter bedingen und man die Mütter immunsiren sollte.

Dr. Caillé hat Fälle bei indifferenter Behandlung gut werden sehen, doch war hier die Behnadlung vollkommen correct, und würde er auch die Immunisation der Mutter empfehlen.

Dr. Rudisch frägt ob Jemand einen Fall von Ansteckung der Mütter weiss.

Dr. Jacobi kennt keinen solchen Fall und glaubt, dass ein Warzendeckel genügen würde um eine Infection zu verhüten.

Dr. Schwyzer: Die erste Frage wäre, ob es ein bacillärer Tetanus sei. Die Wunde sollte dann desinfizirt werden, vielleicht Carbol eingespritzt. Die Bacillen sind kaum in der Circulation, sondern nur local und eine Ansteckung ausgeschlossen. Letal verlaufende Fälle sterben manchmal einfach an der Toxinwirkung nach Wochen.

5.) Dr. L. Stieglitz stellt einen Fall von multipler Sclerose bei einem neunjährigen Kinde vor. Aetiologisch lag ein im dritten Lebensmonat durchgemachter Scharlach vor. Die Mutter will die Unsicher-

heit in den Bewegungen der Hände kurz nach dem Erysipel zuerst bemerkt haben. Die nachweisbaren Symptome der Krankheit sind 1) Characteristisches Intentionszittern; 2) langsame, skandirende Sprache; 3) intellectuelle Minderwerthigkeit und 4) allgemein gesteigerte Sehnenreflexe. Differentiell-diagnostisch kommen neben multipler Sclerose die cerebrale Kinderlähmung und die Friedrich'sche Ataxie in Betracht, doch lassen sich hier letztere Krankheiten ohne Schwierigkeit ausschliessen. Die multiple Sclerose wird selten im Kindesalter beobachtet.

Dr. Sachs hält die Diagnose für gerechtfertigt, und ist der Fall wohl als eine postinfectöse Erkrankung aufzufassen.

Dr. Geo. Jacoby hat noch keinen so jungen Fall gesehen, doch ist dies entschieden ein ausgesprochener Fall.

Dr. Stieglitz bemerkt noch, dass es in Anbetracht der Rolle, welche Infections-Krankheiten in der Aetiologie der multiplen Sclerose spielen, eigenthümlich sei, dass nicht mehr Fälle dieser Erkrankung im Kindesalter zur Beobachtung kommen.

6.) Dr. Rehling zeigt einen von Dr. Willy Meyer vor acht Tagen operirten Fall von Gastrotomie nach Kader.

Dr. Willy Meyer wollte nur noch einmal zeigen, nach wie kurzer Zeit Patienten herumgehen können. Der Mann wurde am Freitag operirt und stand am Dienstag auf. Die Wunde ist wasserdicht. Man sollte in derartigen Fällen immer früh operiren, sowie Patienten an Gewicht verlieren.

7.) Dr. Freudenthal stellt eine dreissigjährige Frau vor, welche zu ihm mit colossaler Dyspnoe kam. Bei der Untersuchung fand er den Larynx mit Papillomen vollgestopft. Es wurde sofort eine Tracheotomie gemacht, und später eine Laryngotomie und die Tumoren entfernt. Nach 4 Wochen war wieder leichte Dyspnoe vorhande, und wurden 5 oder 6 erbsengrosse Tumoren entfernt. Eine Anzahl der Tumoren, welche dann noch vorhanden war, hatte sich später verloren und sind jetzt nur noch einige kleine Tumoren vorhanden. Es hat sich ein Keloid gebildet und muss vielleicht eine plastische Operation gemacht werden.

Dr. Cohn sagt, dass auch jetzt noch eine beträchtliche Anzahl Papillome unterhalb der Commissur vorhanden sind.

Dr. Caillé sagt, dass bei multiplen Papillomen Intubation entschieden schädlich ist.

Dr. Willy Meyer: Papillom der Schleimhaut ist klinisch eine maligne Krankheit und kommen die Tumoren immer wieder. Die Prognose ist entschieden zweifelhaft.

Dr. Freudenthal: Der Fall ist gewiss noch nicht abgelaufen; vier bis fünf Wochen nach der Entfernung waren viele frische Geschwülste da; es wurden wieder einige entfernt und andere verschwanden binnen einigen Monaten spontan.

Schluss und Vertagung.

Louis Heitzmann, Schriftführer.

Wissenschaftliche Sitzung der Aerzte der Deutschen Polyklinik.

Vom 15. Januar 1897.—Vorsitzender: Dr. von Ramdohr.

Dr. von Ramdohr berichtet über einige interessante Geburtsfälle bei mässig verengten Becken. Er knüpft daran die Erörterung der strikten Indikation und Contraindikation für die Anlegung der Zange. An der Diskussion betheiligen sich Dr. Boldt und Rothenberg sen. Dr. Boldt demonstrirt hierauf ein Instrument für Incision und Eiterentfernung bei hochliegenden, schwer zugänglichen Beckenabscessen.

Dr. Oppenheimer stellt ein sechsmonatliches Kind vor mit congenitalem doppelseitigem Gliom der Netzhaut. Eltern und Geschwister des Kindes sind gesund. Das Kind selbst ist augenscheinlich sonst ganz wohl, nur sehr unruhig seit der Geburt. Da die Eltern die Enucleatio bulborum verweigern, wird wohl bald die Section die ophthalmologische Diagnose bestätigen.

Dr. Carl Beck berichtet über einen Fall von subphrenischem Abscess, entstanden aus einer eiterigen Appendicitis. Dr. Rothenberg erinnert an Krankheiten, die ebenfalls dazu führen können, wie Typhus, Dysenterie, Pleuritis etc. Des weiteren spricht Dr. Beck über eine neue, von ihm jetzt angewandte Methode zur Fixation des prolabirten Uterus (Laparotomie-Schnitt in der linea alba-Isolirung der lig. rotunda und Befestigung an die Fascien und Muskeln). Er nennt diese Operation H y s t e r o p e x i e. Dr. von Ramdohr, der sie von Beck hat ausführen sehen, spricht sich sehr anerkennend über die Operation aus.

Dr. Wm. Hirsch stellt 1) einen Fall von sog. Maladité convulsive—choreale Zuckungen — vor und erörtert die differentialdagnostischen Momente zwischen Hysterie und dieser Affektion. 2) einen Fall von angeblich plötzlicher hemiplegischer Lähmung, die sich aber bei genauerer Eruirung der Krankengeschichte und der Symptome (Tic douloureux anfallsweise, Schwindel, Erbrechen, doppelseitige Stauungspapille) als organische Hirnerkrankung herausstellt: Gehirntumor der rechten Hemisphere im Gebiet des Facialiskern. Wahrscheinlich ein Gliom. Einzig richtige Therapie wäre Operation, allein das hohe Alter des Patienten (72) und subjektive Euphorie schliessen diese aus.

Dr. L. Fischer berichtet über Bromoform-Vergiftung bei einem tonsurans an der inneren Seite des Vorderarms, eine seltene Localisation. 2) Naevus pigmentosus. 3) Seborrhoe. 4) Gumma praecox. An der Diskussion betheiligt sich Dr. Leviseur.

Dr. Freudenthal berichtet über einen Fall von Rhinosclerom. Dr. Leviseur stellt einen Fall von Lupus erythematosus vor. Ueber Aetiologie und Ausgangspunkt der Erkrankung gehen die Meinungen auseinander. Einige schreiben den Talgdrüsen die Hauptrolle zu, Kaposi den Schweissdrüsen.

Dr. L. Fischer berichtet über Bromoform-Vergiftung bei einem Kinde mit Pertussis. Das Mittel war in einer Schüttelmixtur gegeben und nicht aufgeschüttelt worden vor dem Gebrauch. An der Diskussion betheiligten sich die Drs. Kath. Eosoroff, Rothenberg sen. und Friedmann.

Dr. M. R o m m, Secr.

EDITORIELLES.

Das 50jährige Jubiläum der Gründung der New York Academy of Medicin.

Wie alles Grosse in diesem eigenartigen Lande, so ging auch die New York Academy of Medicine aus recht bescheidenen Verhältnissen hervor. Am 18. Nov. 1846 wurde von einigen ideal angelegten Aerzten nach einer Sitzung der Gesellschaft zur Unterstützung der Wittwen und Waisen verstorbener Collegen die Mittel und Wege besprochen, wie man die wissenschaftliche und sociale Stellung des ärztlichen Standes heben könne. Den ersten schüchternen Worten folgte die Einberufung einer allgemeinen ärztlichen Versammlung und darauf die Gründung der Academy. Als Versammlungslokal wurde bis im Jahre 1850 eine kleine Halle drunten in der Wooster Street über einem Kohlenschuppen benützt und heute verfügt dieselbe Academy über einen Palast mit prächtigen Gesellschaftsräumen und einer Bibliothek von 50,000 Bänden.

Eine sehr ausgewählte Gesellschaft versammelte sich am 29. Januar in Carnegie Hall, um das 50jährige Bestehen dieser nach so vielen Richtungen segensreichen Anstalt zu feiern. Der abtretende Präsident der Academy, Dr. J. D. Bryant hielt eine einleitende Ansprache, welcher sich einige kurze rückblickende Bemerkungen der noch lebenden Gründer Dr. Samuel S. Purple und Lewis A. Sayre anschlossen. Dann wurde das Wort dem officiellen Redner des Abends, Dr. Abraham Jacobi ertheilt. Muss es den Deutschen mit Genugthuung erfüllen, dass bei einem so hohen Anlasse einer aus unseren Reihen die erste Stellung einnahm, so ist andererseits diese Wahl ein ehrendes Zeugniss für die amerikanischen Collegen, welche, frei von kleinlichem Nativismus, dem wahren Verdienst ihre Huldigung nicht vorenthalten. Die diesjährige Besetzung der Präsidentenstelle mehrerer Sectionen der Academy ist ein neuer Beweis dafür. Wir können hier leider nur den kleinsten Theil der Rede in Uebersetzung bringen:

Ein Jahrhundert hat diese Nation von 3 Millionen auf die jetzige Einwohnerzahl von 70 Millionen gebracht. Ihre demokratische Verfassung zog den Europäer an, der müde war der Klassenunterschiede,

Vorurtheile und Erduldungen. Die auf ihre Fahne geschriebene Freiheit und Gleichheit eröffnete der Intelligenz und dem Streben ein reiches Feld, spornte berechtigten Ehrgeiz an und erzeugte Erfindungsgeist und Unabhängigkeit des Charakters. Aber eine junge Nation hat genau genommen keine vorgefassten Pläne. Gleich einem Naturprodukt entwickelt sie sich von selbst. In der Entwicklung ihres organischen Lebens erhebt sie sich zum Selbstbewusstsein und möglicherweise zur Bildung von einem Ideal.

Auf derselben demokratischen Basis wurde vor einem halben Jahrhundert die New York Academy of Medicine gegründet. Aber sie unterschied sich von dem nationalen Gemeinwesen dadurch, dass sie keiner Ueberlegung zur Bildung von Zielen und Auslegen von Plänen bedurfte. Ebensowenig fehlte ihr gleich bei der Entstehung das Ideal. Wohl wusste man, dass sie sich in ihrem Wesen unterscheiden würde von dem, was man in Europa unter einer Academy of Medicine versteht. Eine europäische Academie ist stets eine staatliche Institution, in einer oder der anderen Weise durch staatliche Mittel unterhalten. Ihre Mitglieder umfassen allein die geistigen und die gesellschaftlichen Spitzen des Standes. Junge Gesichter sieht man nur selten unter ihren Mitgliedern. Ihre Arbeiten und Bestrebungen zielen nicht auf praktische Erfolge hin, sondern sie wirken wohlthätig durch die Gewalt der Thatsache, dass es keine wissenschaftliche Eroberung, keine noch so abstrakte Wahrheit gibt, die nicht schliesslich zu einer greifbaren Anwendung führte. Allein dessenungeachtet bewirkt die Beschränkung und Ausschliesslichkeit der Mitgliedschaft eine Art Entfremdung gegenüber der grossen Masse der Berufsgenossen und noch mehr gegenüber der Allgemeinheit.

Die New York Academy of Medicine ruht auf einer breiteren Basis. Hoch und niedrig, alt und jung, der gereifte und der jugendlich ehrgeizige, mögen sie noch so verschieden sein, hier sind sie zu demselben Zwecke vereinigt. Nach einer vor Jahren erschienenen Erklärung ist die Academy mit keiner Schule oder Anstalt verbunden. Sie erhält sich selbst und ist geleitet im Interesse der ganzen Berufsgenossenschaft. Sie kennt keine Honorare oder individuellen Vortheile. Sie ist ein demokratisches Gemeinwesen mit gleichen Rechten und Pflichten. Sie wird nicht unterstützt vom Staate oder der Gemeinde. Ihr Zweck ist die wissenschaftliche Hebung des Standes zum Wohle des Publikums. Bessere wissenschaftliche Vervollkommnung der Aerzte eines Landes sichern dem Volke bessere Dienste. Hier berühren sich die Interessen der Nation und des Standes. In der That, es ist leicht zu beweisen, dass die Academy das grosse Interesse und die Sympathie verdient, welche ihr heute von so vielen ausgezeichneten Vertretern der Gesellschaft und der Medicin, der Literatur und der Wissenschaft, ja, vom höchsten Beamten des Staates, entgegengebracht wird.

Die Geschichte der New Yorker Academy of Medicine geht parallel mit derjenigen der modernen Medicin, wie sie von V i r c h o w und der deutschen Schule geschaffen wurde und sich schnell zur internationalen Wissenschaft ausbildete. An dieser wunderbaren Entwicklung nahm die Academy redlich Theil. Sie war dazu vollkommen vorbereitet durch ihre Abstammung. Ihr Ahne war die angelsächsische

Medicin, welche, seit Sydenham, nie für längere Zeit von ihrem Wege abgewichen war, noch unter philosophischen auf Nebelgebilden aufgebauten Theorien oder dem Chaos von Mysticismus gelitten hatte, welches einen Theil des Continents während der ersten Hälfte des Jahrhunderts gefangen hielt. Der amerikanische Arzt, wie sein angelsächsischer Vorgänger, war durchdrungen vom Geiste intelligenter Forschung. Die besten der 184 Gründer der Academy brachten ihn zur Entwicklung. Die 50 Jahre ihrer Existenz haben einen wunderbaren Beweis geliefert von der Leichtigkeit, mit der sich der angelsächsische klinische Empirismus den Resultaten der modernen Pathologie, Histologie und Bakteriologie anzupassen versteht.

Das erste Werk, welches im Jahre 1847 für die Academy gedruckt wurde, war eine historische Studie über die Irrenanstalten in den Vereinigten Staaten von Pliny Earle. Viel später, 1861, las Parigot seine Arbeit über „Moral insanity" in ihren Beziehungen zum Verbrechen. Das Interesse für diesen so wichtigen Gegenstand ist in der Academy nie erloschen, bis sie vor einigen Jahren die Bewegung zur staatlichen Unterbringung der Irren ins Leben rief, mit welcher der Name von Louisa Lee Schuyler unauslöschlich verknüpft ist. William H. Van Buren's und Gurdon Buck's Arbeiten über Tracheotoomie bei Croup, und Van Buren's über Hüftgelenksamputation wurden 1850 vorgetragen. Valentine Mott's (der erste, der ein Aneurisma der innominata operirte) Bemerkungen über die Bedeutung der Chloroformanästhesie datiren vom Jahre 1848, sein Fall von Aneurisma und Ligatur der Art. Subclavia sin. von 1851. Nicht lange nachher theilte C. E. Isaacs seine Originalarbeit über die Struktur und Physiologie der Niere mit, 1856, und John C. Dalton seine denkwürdigen Forschungen über die Anatomie der Placenta, 1858.

Etwas früher war zuerst in der Academy die Zugänglichkeit des Larynx und der Bronchien durch Horace Greene nachgewiesen worden — das war vor mehr als 40 Jahren. Die Choleraepidemien früherer Zeiten bildeten den Gegenstand von jetzt noch gerne gelesenen Schriften von John W. Francis. Die Diskussion über Diphtherie von 1860 gab die Anregung zu neuen Beobachtungen und Studien für die ganzen Vereinigten Staaten und darüber hinaus. Gurdon Buck erdachte seine und jetzt unsere Behandlungsmethode der Oberschenkelbrüche 1861. J. Marion Sims, dessen Statue den Bryant Park ziert, beschenkte die Menschheit mit der Silbernaht, mit verbesserten und neuen Operationsmethoden und mit zahlreichen Schriften und Diskussionen. John Watson schrieb seine Geschichte der Aerzte im Alterthum 1856. Auf dem Grunde der Academy lehrte J. T. Leaming, nachdem P. Camman die Diagnostik mit dem jetzt noch gebräuchlichen doppelten Stethoskop bereichert hatte, seine geistreichen Theorien über die Funktionen der Pleura und über die Athmungsgeräusche.

Kurz darauf, 1863, lehrte Louis Elsberg uns die örtliche Medikation des Larynx und der anliegenden Organe unter direkter Beobachtung. John C. Dalton sprach 1866 über „Vivisektion, was sie ist und was sie geschaffen hat", und die Academy veröffentlichte

Robert T. Edes's Preisarbeit 1869 über die Physiologie und Pathologie des sympathischen oder Ganglien-Nervensystems, desgleichen einen Bericht von William C. Roberts über die Todes- und Krankheitsursachen in der Metropolis. Die Cholera, die chronische Metritis, Ventilation und Sanitätspolizei bildeten die Gegenstände wichtiger Diskussionen 1866; und ein Aufsatz von A. C. Post über die Heilwirkung des Aderlasses, 1867. Es erschienen wissenschaftliche Beiträge von Willard Parker, Alonzo Clark, Austin Flint und einer Reihe Anderer, deren Namen nicht vergessen sind, obschon ich sie hier nicht anführe. Denn es kann nicht meine Absicht sein, alles dessen Erwähnung zu thun, was die Academy seit ihrem Bestehen geleistet hat. Was ich hier angeführt habe, bezieht sich auf diejenigen blos, deren Gesichter und Stimme nur noch in unserer Erinnerung leben. Wahrlich, während mein Auge die Liste der 184 Gründer überflog, begegnete es wenigstens vierzig Namen von Männern, die durch originelle Forschungen und Schriften sich um die Wissenschaft und die medicinische Kunst verdient gemacht haben.

Betreffs derjenigen, die noch unter uns weilen, möge ein einziges Beispiel genügen. Einer der letzten grossen Triumphe des Wirkens der Academy war die denkwürdige Diskussion über die Larynxintubation bei Croup, am 2. Juni 1887. Sie schloss sich an die lange fortgeführten Arbeiten und an die Schrift des Erfinders „Intubation versus Tracheotomie" an und trug den Ruhm und den Einfluss amerikanischen Geistes über den ganzen Erdball. Lasst mich auch der letztjährigen Debatten über das Diphtherie-Antitoxin gedenken, welche sehr viel zur Kenntniss und zur Verbreitung dieses wohlthätigen Gegengiftes beigetragen haben.

Darauf entwirft der Redner eine Schilderung der Stellung, welche die Academy in und zu dem allgemeinen Staatswesen einnimmt. Er zeichnet die Bedeutung der individuellen Arbeit ihrer Mitglieder als praktische Aerzte, schildert deren Mission als Beförderer der Volkshygiene, er zeigt, was die Academy ihren Mitgliedern und was sie den anderen wissenschaftlichen Gesellschaften bietet und schliesst mit der Hoffnung, die Medicin werde stets an der Spitze marschiren in unserem Streben nach körperlicher und geistiger Vervollkommnung.

Nach Dr. Jacobi ergriff Grover Cleveland, Präsident der Vereinigten Staaten, das Wort, begrüsst von rauschendem Beifall der sich erhebenden Versammlung. Der Schwerpunkt der geistreichen Rede des erfahrenen Juristen und Staatsmannes liegt in seinen Schlussworten:

Der alte Dorfarzt war nicht nur unser Hausarzt, sondern er war ein Mann von Bedeutung in allen bürgerlichen Angelegenheiten. In allen öffentlichen Fragen stand er in der vordersten Reihe. Er war

Vorsteher der Gemeinde oder vertrat dieselbe in den Bezirksbehörden, und wenn er einmal etwas spät eintraf bei seinem Patienten, so geschah es, weil er mit seinen Freunden die politische Lage diskutirte. So wusste er mit der Ausübung seiner Berufs- diejenigen seiner Bürgerpflichten zu vereinigen. Wir können den Gedanken nicht unterdrücken, dass all die grossen Entdeckungen und Verbesserungen, welche in der medicinischen Welt gemacht wurden, zu theuer bezahlt sind, wenn die Mitglieder des ärztlichen Standes über ihrem Vorwärtsschreiten die Begeisterung für ihre Bürgerpflicht und das Interesse für das Gemeinwohl vergessen. Wir können Euch nicht direkt der Vernachlässigung Eurer Pflichten gegen Euer Land anklagen und doch können wir uns des Gedankens nicht erwehren, dass wenn der Kampf, den Ihr innerhalb Eurer Fachvereine gegen die verschiedenen Schäden führt, in zweckmässigerer Weise durch den Kampf auf dem politischen Felde unterstützt würde, diese Schäden weit eher aus der Welt geschafft würden.

Wenn Gesetze nothwendig sind zur Bekämpfung von Missbräuchen, welche Ihr durch Eure beruflichen Nachforschungen aufgedeckt habt, so darf Eure Körperschaft den Stätten, wo Gesetze geschaffen werden, nicht fremd gegenüberstehen. Wenn bereits bestehende Bestimmungen vernachlässigt oder falsch ausgeführt werden, so dürft Ihr nicht vergessen, dass es Euer Recht zugleich und Eure Pflicht ist, auf deren strenge und ehrliche Durchführung zu dringen. So möchte ich auf Euren Fall die Wahrheit angewandt wissen, welche in dem hier heimischen Sprüchwort liegt: Wilst du etwas gut gethan wissen, so thue es selbst. Wenn sich mehr Vertreter Eures Berufes in den nationalen und staatlichen gesetzgebenden Behörden befinden würden, bereit, nothwendig befundene Reformen zu befürworten und Euren Stand gegen leichtfertige und hämische Angriffe zu vertheidigen, die Aussicht auf Erfolg Eurer dem Dienste des Mitmenschen geweihten Arbeit würde eine erfreulichere und näher liegende sein.

Nachdem ich so die Nothwendigkeit Eures direkten Einflusses in den legislativen Behörden zur Ausführung der im Interesse Eures Berufes nothwendigen Reformen betont habe, werdet Ihr mir erlauben, Euch noch einmal die Pflicht einer energischen Theilnahme an allen öffentlichen Fragen zum Wohle unseres Vaterlandes ans Herz zu legen. Unser Staat wurde gegründet in der Ueberzeugung und der Voraussetzung, dass die, welche ihn am meisten liebten und am fähigsten wären, ihn aufrecht zu erhalten, sein Steuer in die Hand nehmen würden. Sonst wird er vom richtigen Wege abgehen. Nie war ein Patient bedürftiger Eurer ärztlichen Behandlung, als der Staat heute der aufmerksamen Unterstützung von Seiten Eures patriotischen und uneigennützigen Gemeinsinnes. Kein Ziel persönlichen Ehrgeizes und kein Aufgehen in der Berufsthätigkeit darf das Vaterland der Ergebung und der Dienste berauben, welche ihm der verständige, intelligente und geschulte Bürger schuldet. Der Lohn einer bereitwilligen Erkenntniss unserer Pflicht, unsere freien Institutionen zu beschützen und sie vor Schwäche und Zerfall zu bewahren, wird sicherlich nicht ausbleiben, und darin liegen, dass eine Regierung, getragen vom Pa-

triotismus eines ergebenen Volkes, mit gerechter Hand uns und allen unseren Mitbürgern die Segnungen nationaler Eintracht, Zufriedenheit und Glückes zukommen lassen wird.

Präsident Cleveland steht nicht allein da mit diesen beherzigenswerthen Ermahnungen. „Medice, te ipsum cura!" rief Professor Albert in Wien vor einigen Wochen seinen Collegen zu, und einen ähnlichen Ausspruch erinnere ich mich aus dem Munde des verstorbenen schweizerischen Bundespräsidenten Schenk gehört zu haben. In der Berliner klinischen Wochenschrift ruft Professor Von Bergmann auf zum Kampf gegen die Ungerechtigkeit der Heranziehung der ärztlichen Honorare zur Gewerbesteuer und jedermann erinnert sich, welch hämischen Angriffen der ärztliche Stand vor kurzer Zeit im deutschen Reichstag bei Gelegenheit der Berathung der neuen Irrengesetzgebung ausgesetzt, und wie schwach die Vertheidigung vertreten war. In Paris wurde eben ein kleiner Strike einer Anzahl Aerzte zu Ende geführt und die Ernennung von Lister in England zum Lord und damit zum Mitglied des Oberhauses wurde auch als ein Ereigniss von politischer Bedeutung begrüsst. Ueberall derselbe Hinweis auf die dringende Nothwendigkeit, dass der ärztliche Stand dem mächtigsten Kampfmittel der modernen Zeit, der Stimmurne, nicht fremd gegenüberstehen darf.

Es muss dies an dieser Stelle um so energischer betont werden, als gerade für den eingewanderten Arzt die Versuchung, der Politik fern zu bleiben, eine sehr grosse ist. Allein das mercantile Söldnerwesen wollen wir den polnischen Schneidern und italienischen Orangenverkäufern überlassen, der intelligente Arzt, der dieses Land betritt, soll bei allem Streben nach ökonomischer Selbstständigkeit den ehrlichen Willen mitbringen, mit all seinen Fähigkeiten nach besten Kräften am politischen Ausbau desselben mitzuarbeiten.

Therapeutische und klinische Notizen.

— In der am 1. Febr. abgehaltenen Sitzung des Doctoren-Collegiums in Wien sprach Dr. A. Pilcz über ältere und neuere Schlafmittel. Namentlich waren es Chloralhydrat, Amylenhydrat, Paraldehyd, Sulfonal, Trional und Teronal, welche er als sehr empfehlenswerth ausführlich würdigte.

Chloralhydrat (1:40 in einem schleimigen Vehikel) erzeugt Schlaf ohne unangenehme Sensationen, ist jedoch, da es den Blutdruck herabsetzt, bei Herzkranken und Bettlägerigen contraindicirt, ebenso bei län-

gerem Gebrauche. Im Gegensatze hierzu schädigt das Amylenhydrat den Gefässapparat nicht, ist in Dosen von 2—3 g. in Alkohol, z. B. Bier gereicht, sehr wirksam. Kann auch in Gelatinekapsel verordnet werden. Verlässlich und ohne üble Folgen durch längere Zeit anwendbar ist das Paraldehyd; der Organismus gewöhnt sich an dieses Mittel, wesshalb später grössere Dosen (bis 4—5 g.) in Anwendung gebracht werden müssen.

Sulfonal, Trional und Tetronal gehören in die sog. Sulforeihe; sie wirken nicht auf die Gefässe, die Dosis beträgt 1—1½ g. Wegen der bei Sulfonal-Darreichung des Oefteren beobachteten Vergiftungen (Rothwerden des Harnes, Zerfall der dothen Blutkörperchen, Bildung von Haematoporphyrin) ist stetige Ueberwachung der Darmfunction und der Harnsecretion des Kranken nothwendig. Sulfonal ist in Wasser schwer löslich, daher dessen Wirkung sich erst nach 2—4 Stunden äussert. Ebenso verlässig sind die zwei anderen Schlafmittel der Sulforeihe.

Methylal und Acetophenon (Hypnon) sind wohl auch ungefährlich, jedoch auch unverlässlich, vor Cannabinon und Cannabinum tannic. ist zu warnen (Inconstanz der Zusammensetzung), ebenso vor Chloralose und vor Piscidia erythina; das letzterwähnte Mittel wirkt lähmend auf den Circulationsapparat. Erwähnenswerth wäre noch das Chloralurethan, das zur Abwechslung mit anderen Schlafmitteln, nicht auf die Dauer gereicht werden kann.

Schliesslich macht der Vortragende darauf aufmerksam, dass man durch eine subcutane Injection von Hyoscinum muriatic. (1-10—3-10 mg.) Tobsüchtige (welche jedoch nicht herzkrank sind!), soweit beruhigen könne, dass sie transportfähig werden. Der Vorsitzende (Professor O b e r s t e i n e r), hält für diesen Zweck die Verabfolgung von Duboisin, ebenfalls in minimaler Dosis, für angezeigter.—Münch. med. Wochenschr.

— In der Allg. med. Centralzeitung No. 96 1896 spricht sich Dr. G o l i n g e r (Erfurt) sehr günstig aus über den Gebrauch des Orphols als Darmantisepticum. Das Orphol oder Betanaphtholbismuth ist ein graues, aus Naphthol und Bismuthoxid bestehendes Pulver von leicht aromatischem und angenehmem Geruch und Geschmack und vereinigt die Eigenschaften eines Antiseptikums und eines Adstringens. C h a u m i e r in Tours hat zuerst auf diese Vorzüge hingewiesen, und G o l i n g e r speciell in hartnäckigen Fällen von Diarrhoe bei bestehender Darmtuberkulose recht befriedigende Resultate erzielt. Das Mittel wird in Dosen von 1,0 gr. nach dem Essen mehrmals täglich verordnet.

— Ueber eine eigenartige, an hippokratische Zeiten erinnernde Behandlung der P o t t'schen Kyphose berichtete Dr. C a l o t aus Berck in einer der letzten Sitzungen der Pariser Académie de médecine, über die wir nur im Hinblick auf den Umstand referiren, dass C. über das immerhin ansehnliche Beobachtungsmaterial von 37 Fällen verfügt. Das Verfahren ist folgendes: Das chloroformirte Kind wird auf den Bauch gelegt, 2 Gehilfen ziehen oberhalb und unterhalb der Verkrümmung an beiden Enden des Stammes in entgegengesetzter Richtung und trachten, den Stamm nach rückwärts zu biegen, während

der Operateur mit den beiden, direct auf den Gibbus applicirten Händen mit aller Kraft drückt. Ein deutlich hörbares Krachen kündigt die Lösung der einzelnen Wirbel und das Uebereinandergleiten derselben; nach 1—2 Minuten ist der Gibbus verschwunden, ja die früher vorspringende Stelle steht sogar unter dem Niveau der benachbarten Theile. Um nun die Wirbelsäule in dieser corrigirten Stellung zu erhalten, wird sofort in der Narkose ein einfacher circulärer Gypsverband angelegt, der vom Kopfe bis zum Becken reicht. Auf die Herstellung des letzteren legt C. besonderes Gewicht. Der erste Verband bleibt 3—4 Monate liegen und wird dann durch einen zweiten, eventuell durch einen dritten ersetzt, worauf dann die Consolidation eine vollständige ist. Nach 5—9 Monaten nach der Operation kann das Kind mittels eines Mieders herumgehen. Die in dieser Weise operirten Kranken standen im Alter von 2—20 Jahren. Der Gibbus bestand bereits 3 Monate bis 8 Jahre und war in manchen Fällen von ganz beträchtlicher Grösse. Die Erfolge dieser Behandlung sollen geradezu glänzende sein. Zunächst ist kein einziger Todesfall zu verzeichnen, und zwar weder durch die Operation, noch durch eine intercurrente Krankheit; keiner der Operirten hatte eine Lähmung. In den Fällen von Gibbus mittlerer Grösse, die seit 4—8 Monaten datirten, blieb nicht die geringste Spur der früheren Entstellung. Bei sehr grossem und sehr altem Gibbus mit 5,- 6- und 8-jährigem Bestand wurden sehr häufig fast vollständige, immer überraschende Resultate erzielt. Nach solchen Erfahrungen wären von nun ab beginnende Fälle von Pott'scher Krankheit ohne jede Deformität zu heilen, wenn man sobald als möglich das Redressement der verkrümmten Wirbelsäule vornimmt. Weitere Vorzüge der Methode würden darin liegen, dass die Behandlungsdauer bedeutend abgekürzt wird (5 bis 10 Monate, statt 2 bis 3 Jahre), und dass sie vor Lähmungen schützt.—(Wien. med. Presse.)

— Unter dem Titel: Eiterung durch keimfreies Catgut theilt Prof. Poppert aus der chirurgischen Universitätsklinik in Giessen („D. med. Woch.", 1896, No. 48) eine Reihe von Beobachtungen und Untersuchungsresultaten mit,. welche geeignet erscheinen, die ganze Frage der Catguteiterung von einem wesentlich anderen Standpunkt zu beurtheilen, als dies bisher geschehen ist. P. weist nämlich nach, dass die Behauptung, dass von vielen Seiten beobachtete Catguteiterungen auf die Unzulänglichkeit der gebräuchlichen Desinfectionsmethoden, insbesondere auch derjenigen mit Sublimat und Alkohol, zurückzuführen sei, einen Irrthum darstelle; dagegen sei festgestellt, dass das Catgut zuweilen, trotz vollkommener Keimfreiheit, Eiterung zu erregen vermag. Diese Eiterung sei durch chemische, dem Catgut anhaftende Stoffe bedingt, sie zeige dementsprechend stets einen gutartigen Charakter im Gegensatz zu den bacteriellen Eiterungsprocessen, die durch die Neigung zur Ausbreitung gekennzeichnet sind. Man dürfe demnach das Catgut nicht mehr für die Entstehung von schweren phlegmonösen Entzündungen verantwortlich machen, letztere müssen vielmehr als zufällige bacterielle Wundcomplicationen aufgefasst werden. Da ferner das Sublimatcatgut bei sorgfältiger Zubereitung nach dem übereinstimmenden Urtheil sämmtlicher Untersucher keimfrei gefun-

den worden ist, so könne ein Bedürfniss, an Stelle der bewährten und einfachen Zubereitung des Catgut mit Aether-Sublimat-Alkohol, andere umständlichere Methoden zu setzen, nicht anerkannt werden.

— Das Ichthyol in der Augenheilkunde. Sowohl in wässeriger Lösung (50, resp. 30 Proc.), wie als Salbe (2,5—5 Proc.) mit Vaselin ward Ichtnyol in zahlreichen Fällen von Conjunctivitis aller Art (Catarrhalis acuta und chronica, phlyctaenulosa, folliculosa) und von Blepharitis in der Klinik von P a n a s angewandt; ausser bei der Ophthalmoblenorrhoe der Neugeborenen, wo sich die classische Argent. nitr.-Therapie als besser erwies, ergab das Ichthyol stets gute Resultate. Es wirkte auf die entzündeten Gewebe (Bindehaut, Lider) durch Vasoconstriction und hat ausserdem noch schmerzstillende Eigenschaft; durch den adstringirenden Einfluss mässigt es und bringt bald jede Secretion zum Stillstand und kann besonders beim Pannus durch Aufhellung der Cornea gute Dienste leisten. Die wässerige Lösung pinselt man auf, um sie nach leichter Massage von der Krankheitsschwere entsprechend langer Dauer (einige Secunden bis 1 und mehrere Minuten) mit Watte wieder abzuwischen; der Schmerz, welcher dabei Anfangs zuweilen auftritt, macht nach kurzer Zeit einem gewissen Wohlgefühle Platz.—(La Revue Médicale, No. 135.)

— Ueber den Werth der prophylaktischen Injectionen bei Diphtherie stellte L o h r auf der Klinik H e u b n e r ' s in Berlin („Jahrb. f. Kinderheilk.", 1896, 43. Bd., 1. Heft) folgende Beobachtung an: In einem der Krankensäle kamen von Zeit zu Zeit sporadische Diphtheriefälle vor. So erkrankten vom 1. Oktober 1894 bis 30. Juni 1896 23 Kinder in diesem Saale an Diphtherie. Um diese Endemie zum Verschwinden zu bringen, wurden prohylaktische Seruminjectionen gemacht, und zwar begnügte man sich anfangs, die Kinder in den benachbarten Betten zu injiciren. Diese Massregel blieb erfolglos, und es kamen nach wie vor Erkrankungen an Diphtherie vor. Man entschloss sich daher im Jahre 1895, bei jedem neuerlichen Fall alle Kranken des Saales zu injiciren. Der Effect war folgender: Während in der Periode vom Oktober 1894 bis November 1895, während welcher nur die Kinder der benachbarten Betten injicirt wurden, noch 20 Fälle von Diphtherie vorkamen, wurden vom November 1895 bis Februar 1896 nur 3 Fälle beobachtet. Da man constatirt hatte, dass in diesen 3 Fällen die Diphtherie 30—40 Tage nach der prophylaktischen Injection ausgebrochen war, wurden die Injectionen bei allen Kindern, welche länger als 1 Monat im Saale verblieben, alle 3—4 Wochen wiederholt. Von diesem Momente an kam überhaupt kein Fall von Diphtherie mehr zur Beobachtung.

— Den zahlreichen Säften und Organextracten, welche bereits empfohlen und angewendet worden sind, gesellt B r u n e t („Bullet. médic." und „Münch. Med. Woch.", 1897, No. 4) neuerdings den Lungensaft zur Behandlung verschiedener Lungenerkrankungen hinzu. Getrocknete Lungen von Thieren haben schon D i o s k o r i d e s und P l i n i u s der Aeltere gegen Affectionen der Brustorgane empfohlen und im 16.—18. Jahrhundert finden wir eine ununterbrochene Reihe von Autoren, welche die Lunge von Fuchs, Hase oder Wolf als ein wahres Specificum gegen Brustkrankheiten (in der Dosis von circa

1—3 Grm.) anpreisen. Brunet wählte zu seinen Versuchen die Lungen des jungen Schafes, eines Thieres, welches selten von einer Infectionskrankheit und besonders Tuberculose ergriffen wird und immer leicht zu beschaffen ist; auf sonstigen guten Zustand des gewählten Thieres muss man natürlich ebenfalls achten. Die Lungen müssen kurz nach der Schlachtung in frischem Zustande ausgenommen und dann die einzelnen Lappen mit sterilisirten Scheeren möglichst fein zerschnitten werden; unter Hinzufügen von neutralem Glycerin (60 Grm. auf 20 Grm. Lunge) und dann der doppelten Menge Wassers geht die Macerirung vor sich, schliesslich wird noch filtrirt, die Flüssigkeit, deren Zubereitung auf streng aseptischem Wege erfolgen muss, in kleine Fläschchen von 10 Ccm. vertheilt und dann nochmals in den Brutofen 12 Stunden lang bei 35° gestellt. Der so erhaltene Lungensaft ist eine gelblich-röthliche, durchsichtige Flüssigkeit, geruchlos und von etwas süsslichem Geschmack; nach der chemischen Analyse enthält er an organischen Stoffen Serin und Hämoglobin, ferner Natr. chlorat., sulfur. und phosphor. Der Lungensaft wird innerlich in der Dosis von 10 Ccm. Morgens in Wasser gegeben oder subcutan zu 2—5 Ccm. (Haut des Rückens oder der Lumbalgegend) injicirt, wozu Brunet ausser einer sterilisirbaren Spritze Nadeln aus Platinidium vorzieht. Bei den Thierversuchen wurden tägliche Injectionen von 5—10 Ccm. 1 Monat hindurch gemacht, gut vertragen und sie begünstigten bei Meerschweinchen sogar den Fettansatz; es trat auch Temperatursteigerung ein, bei den ersten Injectionen nicht über 1.5°. Brunet machte nun sich selbst successive Injectionen von 1, 2, 5, 10 Ccm., hatte nur die ersten Male ein geringes Schmerzgefühl an der Injectionsstelle, eine Temperatursteigerung von 1-10—2-10°; innerlich genommen verursachten 5—10 Ccm. des Saftes keine besonderen Symptome. Die Unschädlichkeit desselben war somit dargethan und es wurden nun in 4 Versuchsreihen Thiere mit experimentell erzeugter Tuberculose der Saftebhandlung unterzogen. Die Erfolge schienen so befriedigend, dass dieselbe nun auch beim Menschen in einer Anzahl (11) Fällen angewandt wurde; es handelte sich dabei um 5 Fälle schronischer Bronchitis mit Emphysem, 2 torpider Tuberculose, 1 vorgeschrittener Lungen- und Kehlkopfphthise, 1 acute Tuberculose u. s. w. Prof. Arnozan hat die Behandlung controlirt und in fast allen Fällen zeigte sich eine bedeutende Zunahme des Körpergewichtes, Verringerung des Auswurfes, Besserung des Allgemeinbefindens. Wenn auch dem Lungensaft wie allen Organsäften eine allgemein tonische Wirkung zukommt, so will Brunet doch nicht dieser allein den Erfolg zugeschrieben wissen. Ohne ihn ein Specificum nennen zu wollen, glaubt er die Einführung dieses Mittels empfehlen zu müssen bei allen chronischen Affectionen der Lungen und des Rippenfelles, wo eine verminderte Lebensfähigkeit oder tiefere Veränderung dieser Organe vorhanden, wo man veranlasst ist, die Expectoration zu vermindern oder zu verflüssigen, also bei chronischer Bronchitis, Pneumoconiosen, Lungeninduration und -abscess, alter Pleuritis. Die tägliche Dosis von 10 Ccm. per os und 5 Ccm. pro Injection darf nicht überschritten und muss zeitweise mit dem Mittel, ebenso wie beim Schilddrüsensaft, ausgesetzt werden, be-

sonders wenn Diarrhoe sich einstellt oder der Auswurf eine lebhafte rothe Farbe annimmt.

— Ueber das in letzter Zeit vielfach angepriesene Airol stellt die Wien. med. Presse einige neuere Mittheilungen zusammen. So berichtet Dr. W. Howald, Assistent an der dermatologischen Klinik in Bern, über die Behandlung der Gonorrhoe mit Airol („Corr.-Bl. f. Schw. Aerzte", 1896, No. 24). Als Injectionsflüssigkeit wurde die von Legueu und Levy angegebene Glycerinemulsion verwendet:

Rp. Airol	2.0
Aq. dest.	5.0
Glycerin	15.0

Die Emulsion wurde vor jeder Einspritzung frisch bereitet, da sie sich bei längerem Stehen an der Oberfläche zersetzt. Es wurden in der Woche nur zweimal circa 10 Ccm. injicirt, nachdem Pat. urinirt hatte. Bei den ersten Injectionen empfanden alle Pat. ein ziemlich intensives Brennen, welches später regelmässig schwächer wurde und sich meist nach der 2.—3. Injection ganz verlor. Dass tägliche Injectionen allzustark reizen, lehrte die Erfahrung. Meist kann schon die erste Injection 10 Minuten lang behalten werden; bei späteren gelingt dies immer. Bei schweren Cystiditen und acuten Epididymitiden wurde die Injectionsbehandlung unterlassen und durch eine interne Behandlung mit Salol oder Ol. Santali ersetzt. Im Interesse der Pat. wurde von der internen Behandlung mit Sandelöl nicht abgesehen, wodurch die reine Beobachtung allerdings einigermassen verliert. Was nun die Erfolge bei der acuten Gonorrhoe anlangt, so wurden von 20 Fällen 12 in kurzer Zeit völlig geheilt entlassen, während 6 bei der Entlassung noch Fäden im ersten Urin hatten. Nur 2 Fälle gingen in ein subchronisches Stadium über, und zwar der eine infolge von Excessen in Baccho, der andere vielleicht infolge einer medicamentösen Uebereizung. Aber auch diese Fälle sind unter der gleichen Behandlung in Heilung übergegangen. Die mittlere Anzahl der Injectionen bis zum Verschwinden der Gonococcen betrug 2.5, bis zum Verschwinden des Ausflusses 4.8. Die Tripperfäden verschwinden in den einen Fällen rasch, während in anderen die Airolinjectionen keinen oder nur einen sehr geringen Einfluss auf dieselben zu haben scheinen. Etwas weniger günstig scheinen die Resultate bei den chronischen Gonorrhoen zu sein. Im Allgemeinen kommt auch bei der Gonorrhoebehandlung dem Airol seine exquisit secretionshindernde Wirkung zustatten und H. ist der Ansicht, dass dem Airol unter den Injectionsmitteln gegen Gonorrhoe eine hervorragende Stellung einzuräumen sei. — Ueber die Verwendung des Airol in der Augenheilkunde berichtet Dr. E. Fischer in Dortmund („Centralbl. f. praktische Augenheilk.", December 1896). Man kann das Airol ohne erhebliche Reinigung in das Auge einstreuen. Noch milder wirkt es als 5—10 proz. Salbe. Ein gutes Salbenconstituens hierfür bildet das amerikanische gelbe Vaselin. Manche Phlyktänen heilen darunter sehr gut. Man kann die Airolsalbe auch bei mancherlei Formen von Hornhautgeschwüren verwenden. Zum Bedecken der Lider nach Staaroperationen, zum Aufstreuen auf die vernarbte Hautwunde nach Thränensackexstirpationen, ferner zur Behandlung frischer Lidwunden oder frischer Verbrennungen wird das Airol in Pulverform mit Vortheil verwendet. Das

Airol ist ein Jodpräparat, weshalb man gegebenenfalls gleichzeitig innerlich Jod geben kann, ohne immer an den Antagonismus der localen und der Allgemeinbehandlung denken zu müssen, welcher bekanntlich z. B. zwischen Calomel einerseits und Jodkali oder Jodeisen andererseits besteht. Ein vollkommener Ersatz für die altbewährten Topica: Calomel und gelbe Salbe scheint das Airol nach F. nicht zu sein; aber sein Hauptvorzug ist der, dass man eine Airolsalbe schon am Auge verwenden kann zu einer Zeit, in welcher die directen Reizmittel contraindicirt sind. — Einen weiteren Beitrag zur Verwendung des Airol in der Augenheilkunde liefert Dr. Aurand („Prov. méd.", 28. Nov. 1896). Er verwendete das Airol in Pulverform in 12 Fällen von traumatischem Ulcus corneae, welche in einer mittleren Behandlungsdauer von 12 Tagen zur Heilung gebracht wurden. Durch dieses günstige Resultat bestimmt, wollte A. alle weiteren geeigneten Fälle mit Airol behandeln, als er in einem Falle am 3. Tage der Behandlung im Centrum des Geschwüres einen röthlichgelben Fleck bemerkte, von jener Farbe also, welche das Airol beim Contact mit Wasser oder mit den Thränen aufweist. Dieser Fleck oder eigentlich diese Incrustation persistirte bei sofortigem Aussetzen des Mittels nicht. Es hatte sich also um einen ähnlichen Vorgang gehandelt, wie bei den metallischen weisslichen Niederschlägen nach Gebrauch eines bleihältigen Collyriums bei Corneageschwüren. Diese Beobachtung ist allerdings geeignet, bei der Behandlung des Ulcus corneae mit Airol zur Vorsicht zu mahnen.

Kleine Mittheilungen.

— Dr. E. Grüning wurde für das laufende Jahr zum Vorsitzenden der Section für Ophthalmologie und Otologie der N. Y. Academie gewählt.

— Auf eine an ihn ergangene Einladung hin hielt Dr. F. Lange (New York) in der Johns Hopkins Hospital Medical Society in Baltimore in der Sitzung vom 19. October 1896 einen Vortrag über „Die chirurgische Bedeutung der Gallensteine." Die Arbeit, sowie die Discussion, an der sich Dr. Halstead betheiligte, ist soeben in der letzten Februarnummer des Bulletin of the Johns Hopkins Hospital veröffentlicht worden. Dieselbe Nummer bringt ferner 1) einen Fall von Dermatitis nach Einwirkung von X-Strahlen, von Dr. T. C. Gilchrist, 2) Läsionen, hervorgerufen durch Einwirkung gewisser Gifte auf die Nervenzelle (Studie 6 Diphtheria), von Dr. H. J. Berkley und 3) einen Fall von Puerperaler Sepsis durch Infection mit dem Bacillus aerogenes capsulatus, beobachtet und mitgetheilt von Dr. G. W. Dobbin.

— Die New York Medical School und Hospital wird neben dem alten Gebäude ein neues errichten. Die financielle Seite des Unternehmens ist bereits gesichert und der Bau wird ohne Verzug in Angriff genommen werden.

† Dr. Carl Steiger. In New York, No. 93 2. Ave., erlag nach längerer Krankheit Dr. Carl Steiger einem Herzleiden. 1844 zu Wald-

kirch in Baden geboren, studirte er in München und Freiburg, machte 1870—1871 den Krieg als Militärarzt mit und praktizirte dann mehrere Jahre in der Schweiz als Kurarzt. Vor 8 Jahren liess er sich in New York nieder, war hier Mitglied der County Medical Society, der Deutschen medicinischen Gesellschaft und arbeitete auch mehrere Jahre im deutschen Dispensary an der 2. Avenue.

— Dr. Andrew Von Grimm wurde in der Februarsitzung des Board of Managers der N. Y. Post Graduate Med. School and Hospital zum Attending Physician der Babies Wards daselbst ernannt.

— Seit dem 5jährigen Bestehen und der strengen Durchführung des Gesetzes im Staate New York, welches es jedem von einer hiesigen oder auswärtigen med. Schule qualificirten Arzte zur Pflicht macht, sich noch der staatlichen Prüfung zu unterziehen, haben sich 2832 Aerzte zu derselben gemeldet, welche alle nach den früher gestellten Anforderungen ohne weiteres zum Practiciren berechtigt gewesen wären. Davon wurden 937, also 29 Prozent, wegen ungenügendem Resultat abgewiesen. Die bisherige Prüfungscommission mit Dr. Wm. C. Wey von Elmira als Präsident und Dr. J. Lewi von New York als Secretär wurde wieder auf einen neuen Zeitraum bestätigt.

— Einen Vortrag, den Dr. Wm. Osler vom Johns Hopkins Hospital in Baltimore in der Med. Society of the Co. of N. Y. am 22. Feb. hielt, und der soeben in der Med. News No. 10 1897 erschien, leitet der Redner mit folgenden Cardinalsätzen ein: 1) Die Malaria war schon den alten griechischen und römischen Aerzten eine wohlbekannte Krankheit und mehrere derselben haben ein genaues Bild ihrer verschiedenen Varietäten entworfen. 2) Nach 2000 Jahren ist sie immer noch die einzige acute Infectionskrankheit, gegen welche wir ein sicheres Mittel besitzen. 3) Sie ist das wichtigste Beispiel einer durch Protozoen hervorgerufenen Infectionskrankheit. 4) Nördlich der Mason und Dixonlinie wird der Arzt eher in Versuchung kommen, Malaria statt anderen Krankheiten zu diagnosticiren, südlich davon ist das umgekehrte der Fall. In beiden Landestheilen gibt die Malaria die Hauptfehlerquelle ab für die Morbiditätsstatistik.

— In Kalamazoo hat eine diplomirte Doctorin den Schleier genommen und practicirt im dortigen katholischen Kloster als Schwester Raphael, Dr. med.

— Die otologische Section wird am Moscauer Congress die folgenden Vorträge zur Behandlung bringen: 1) Die Mittelohrentzündungen bei Neugeborenen; 2) Classificirung der Otitis media nach den Entzündungsproducten; 3) die physiologische Bedeutung der verschiedenen Labyrinthbezirke, besonders in Bezug auf die Frage vollständiger Taubheit bei partieller Labyrinthaffection; 4) Behandlung der atticomastoiden Eiterungen und ihrer intracraniellen Complicationen; 5) Beitrag zur Kenntniss der Cholesteatome; 6) die Ohraffectionen im Anschluss an die entzündlichen Processe der Maxillar-, Frontal-Sphenoidalsinuse; 7) kritische Vergleichung der einfachen Trepanation und der breiten Eröffnung der Ohrenhöhlen bei Otorrhöe; 8) der therapeutische Werth der chirurgischen Behandlung der clerotischen Otitis; 9) acute adenoide Wucherungen bei Erwachsenen; 10) zur Kenntniss

und Behandlung der inneren Complicationen der Otitis purulenta; 11) primäre Erkrankung des knöchernen Labyrinthes; 12) der therapeutische Werth der acustischen Uebungen für Taube und Taubstumme; 13) die Bedeutung der verschiedenen Gehörräume nach dem Grade ihrer Disposition für Gehörleiden; 14) Pathologie und Behandlung der Sclerosirung der Paukenhöhle und der consecutiven Labyrinthveränderungen.

— Prof. Nencky in Petersburg beging am 8. Febr. sein 25jähriges Docentenjubiläum.

— Aus London kommt die Trauerkunde vom Ableben von Sir Spencer Wells im Alter von 79 Jahren, einer der ersten operativen Gynäkologen. Er nahm noch an dem letzten Congress der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie theil und wurde bei dieser Gelegenheit der Gegenstand begeisterter Ovationen. Sir Spencer Wells war auch ein begeisterter Anhänger der Feuerbestattung und war einer der frühesten und angesehensten Verfechter der neuen Idee.

— Privatdocent G. Klemperer, bis vor kurzem Assistent an der Klinik des Geh. Rath von Leyden und Dr. Th. Rosenheim, früher Assistent der Klinik des Herrn Geh. Rath Senator, wurde der Titel eines Professor verliehen.

— Den Besuchern des XII. internationalen Congresses in Moskau wurden seitens des russischen Finanzministers Tarifermässigungen für die Fahrt nach Petersburg und für Rundreisen in Russland in Aussicht gestellt.

— Die XI. Versammlung der Anatomischen Gesellschaft wird vom 24.—27. April ds. Js. in Gent stattfinden. Vorträge und Demonstrationen sind bis spätestens 8 Tage vorher beim Schriftführer, Prof. K. v. Bardeleben, anzumelden.

— Das Trachom hat in der letzten Zeit in einigen Kreisen des östlichen Preussens bedeutend um sich gegriffen. Im Kreise Johannisburg allein befinden sich 2343 Trachomkranke. Im Kreise Lyck ist die Zahl der Erkrankten sogar auf 3913 gestiegen, wovon 994 auf die Stadt und 2939 auf die umliegenden Ortschaften entfallen. Da die Kreisstadt Lyck nur ungefähr 10,000 Einwohner besitzt, hat dort die Zahl der Erkrankten fast 10 Prozent erreicht. Im Kreise Sensburg befinden sich in ungefähr 20 Ortschaften 913 Kranke; im Kreise Pillkallen ist die kontagiöse Augenentzündung namentlich unter den Schulkindern stark verbreitet. Der letzte Bericht von Ende Januar meldet, dass 571 Schulkinder und 757 Angehörige oder Kinder erkrankt sind. In Gumbinnen befinden sich 476 Kranke unter ärztlicher Aufsicht.

— Erlangen. Prof. Fischer hat den Ruf nach Kiel abgelehnt.

— In München starb am 7. ds. der k. Geheimrath und Obermedicinalrath Dr. Max v. Schleiss-Löwenfeldt, im 88. Lebensjahre, der Nestor der Münchener Aerzte; in Petersburg der ehemalige Professor der Medicin und Hygieniker, Dr. Nikolai Zdeckauer, 82 Jahre alt.

— In Preussen besteht ein Gesetz, welches den Aerzten verbietet, ihre Patienten zur Ausführung der Recepte zu einem bestimmten Apo-

theker zu schicken. Vor kurzem wurde ein Arzt 300 Mark gebüsst, weil ein Anschlag in seinem Wartezimmer dieselben aufforderte, sich mit den Recepten an einen benachbarten Apotheker zu wenden. Im Verlauf der Verhandlungen wurde eines anderen Gesetzes Erwähnung gethan, welches Weihnachtsgeschenke der Apotheker an Aerzte untersagt.

— Die folgenden Gegenstände werden bei den Verhandlungen der laryngo-rhinologischen Section des 12. internationalen medicinischen Congresses in Moscau zur Sprache kommen: 1) Diagnostik und Behandlung der Affectionen der Sinus nasales; 2) Carcinoma laryngis; 3) Aetiologie und Behandlung des Verlustes der Stimme bei professionellen Sängern; 4) die Fortschritte der localen Behandlung der Larynxtuberkulose seit dem letzten internationalen Congress; 5) Autoscopie des Larynx; 6) Laryngo-Stroboscopie.

— An der Versammlung der British Medical Association, welche im nächsten August in Montreal stattfindet, wird Dr. William Osler von Baltimore the address on Medicine halten. Dr. Stephen Mackenzie wird die Section für innere Medicin, Dr. Christopher Heath der Chirurgie, und Dr. Watson Cheyneder der Pathologie präsidiren. Lord Lister hat sein Erscheinen zugesagt.

Nachtrag.

Durch ein Versehen wurde in der letzten Nummer unterlassen, der Arbeit von Herrn Dr. G. W. Jacoby „Die chronische Tabaksintoxication" das Literaturverzeichniss beizufügen, und wir bringen es deshalb nachträglich an dieser Stelle.

Auld, A. G.—„Lancet", London, I, 1889, p. 783.

Baret, Auguste.—Thèse de Paris, 1879.

Baldi, D.—Arch. Ital. Biol., XV. p. 314, 1891.

Bernard, Cl.—Leçons sur les effets des substances toxiques, p. 157.

Blatin.—Bulletin gén. de therap. med. et chir., vol. 78, Paris 1870, p. 337.

Boeck, in Handbuch der Intoxicationen von Boehm. XV. von Ziemssen's Handbuch der spec. Path. und Therapie. Leipzig 1876.

Bremer, L.—Tobacco insanity, etc. St. Louis, 1892.

Colpi, G. B.—Gazz. degli Ospid. Milano 1887, VIII. p. 6.

Dornblüth, Fr.—Die chronische Tab. Vergiftung. Leipzig 1877.

Mulenburg und Polkrowsky.—Virchow's Archiv XXX.

Favarger, Heinr., Wien, Med. Wochenschrift XXXVII. 1887.

Fokker, A. P.—Archiv für Hygiene. München und Leipzig, 1883—1884, I. p. 503—510. Weekblad van het. Nederlandsch Tijdschrift voor Geneeskunde. Amsterdam 1884, No. 35. August 30.

Giacich, A. F.—Pester Med. Chir. Presse. Budapest 1888, p. 1045.

Gréhant.—Siehe Baret.

Hare, H. — The phys. and path. effects of tobacco. Philadelphia 1885, p. 24.

Heubel, Emil.—Experimentelle Beiträge. Centralblatt f. Med. Wissensch. X. 1872. Berl. p. 641.

Hermann, L.—Lehrbuch der Physiologie, 1896. Berlin.

Hoppe-Seyler.—Virchow's Archiv. Bd. II., 1857.

Husemann, Th., in Penzoldt & Stintzing's Handbuch d. spec. Therapie. Jena 1895.

Jacoby, Geo. W.—Peripheral Paralyses due to Carbonic Oxide Poisoning. N. Y. Medical Journal, Aug. 17, 1889.

Jacoby, Geo. W.—Motor Neuroses of the Heart. N. Y. Medical Jounral, April 8, 1893.

Kennedey.—Dublin Medical Press, April 20, 1864.

Krafft-Ebing.—Psychiatrie. Stuttgart 1883.

Osler, Wm.—Lectures on Angina Pectoris, etc. N. Y. Med. Journal, 1896.

Pàndi.—(Ungar. Archiv. f. Med. II. 3, 4, p. 255, 1894). Schmidt's Jahrb. 1896. I. p. 137.

Rochard, Jules.—Popular Sc. Monthly, vol. 41, N. Y., 1892. p. 670.

Rochs.—Schmid's Jahrb. 1889, p. 222.

Rouillard, A.—L'Encéphale, 1886. Paris, p. 336.

Schwabe.—Vierteljschr. f. ger. und oeff. Med. Neue Folge, 6. Band. Berlin 1867, p. 27.

Vallin, E.—Revue d'Hygiene et de police sanitaire, 1883. Paris, p. 223.

Vas.—Arch. f. exp. Pathol. und Pharm., p. 241. 1893.

Vétault.—Siehe Rouillard.

— Wohnungswechsel. Dr. Curt Nicolai, nach 81 West 119. Strasse.

Zu verkaufen aus dem Nachlasse von Dr. K. Steiger: Office-Einrichtung, Hartnack'sches Mikroskop, Instrumente, Bücher u.s.w. Zu erfragen, 93 Zweite Avenue.

Geschäftliche Zuschriften, Geldsendungen, Bestellungen, u. s. w., sind zu richten an: Medical Monthly Publishing Co.," 17-27 Vandewater Street, New York

Manuscripte, Wechselblätter und Anfragen bezüglich des Inhaltes sind an den Herausgeber zu richten.

ALFRED MICHEL,
302 W. 32d St.

New Yorker
Medicinische Monatsschrift.

Officielles Organ der
Deutschen Medicinischen Gesellschaft der Stadt New York.
Redigirt von Dr. Alfred Michel.

Bd. IX. New York, 20. April 1897. No. 4.

ORIGINALARBEITEN.

Einige Beiträge zur Chirurgie der Niere und des Ureters.

Von

Dr. Arpad G. Gerster,*)

Chirurgen am Deutschen und dem Mt. Sinai Hospital.

Der ehrenden Aufforderung Ihres Executivcomités nachkommend, beabsichtige ich Ihnen heute Abend eine Auswahl von Erkrankungsfällen der Niere und deren Therapie vorzuführen. — Ich musste mich aus naheliegenden Gründen auf eine kurze Periode beschränken, umsomehr, als es nicht meine Absicht sein kann, in der mir zur Verfügung stehenden Zeit klinisch vollkommen Verarbeitetes, oder auch formell Abgeschlossenes darzubieten. Weder die Art des Hospitaldienstes hier in Amerika, noch die spärliche dem Praktiker zur Verfügung stehende Zeit begünstigen jene Gründlichkeit und erschöpfende Verwerthung des Krankenmaterials, wie sie an den Wohnstätten geordneter akademischer Thätigkeit so lobenswerth üblich sind. Darum bitte ich um Ihre Nachsicht in Beurtheilung des Gebotenen, und um Berücksichtigung der Absicht, den hier versammelten Collegen hauptsächlich zu lebhaftem Gedankenaustausch Veranlassung zu geben.

Die Zeitperiode, über die ich berichte, fängt an am 21. Mai 1895, schliesst somit die Dauer von achtzehn Monaten ein. Die Anzahl von zur Beobachtung und Behandlung gekommenen Patienten mit Erkrankungen der Niere und deren Adnexa war dreizehn (13). Somit kann man sagen, dass das Krankenmaterial ein reichhaltiges war, und ich will hinzufügen, dass die Mannigfaltigkeit der Erkrankungsformen auch wenig zu wünschen übrig liess.

*) Vortrag, gehalten im Verein der Aerzte des deutschen Dispensary am 24. Februar 1897.

Ureteren.

Ursächliche Erkrankungen des Ureters wurden viermal beobachtet. In allen wurde dem bestehenden Leiden auf operativem Wege dauernde oder vorübergehende Abhülfe geschaffen. Als Anregung dazu dienten die Arbeiten von Küster, Fenger und Kelly.

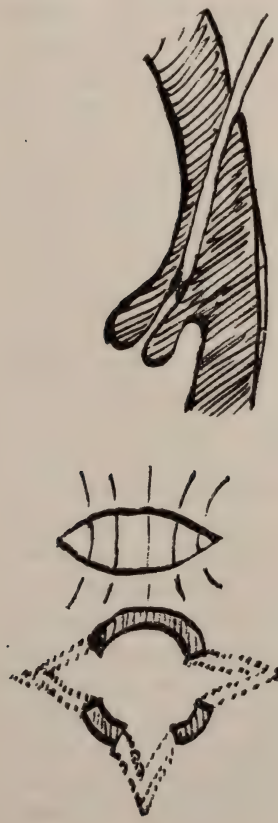
1. **Hydronephrose traumatischen Ursprungs.—Nephrotomie, mit nachfolgender Plastik der mammillaartig vorragenden Ureterausmündung.—Heilung.**

Der neunjährige John Walker, Farmerssohn aus Vermont, ein wohlentwickelter, etwas abgemagerter Knabe, hatte im Januar 1895 beim Schlittenfahren eine Contusion der rechten Lende erlitten, der eine vier Wochen mit Unterbrechungen andauernde, mässige Haematurie gefolgt war. Die anfänglich heftigen Schmerzen liessen bald nach, und schon 20 Tage nach dem Unfall verliess der Patient das Bett. Anfänglich wurde auch Fieber beobachtet. Etwa sechs Monate später wurde in der Haltung des Jungen eine Tendenz zur Scoliose mit Neigung zur linken Seite bemerkt, die auf nähere Untersuchung als von einem Kindskopfgrossen, in dem rechten Hypochondrium sitzenden Tumor abzuhängen schien. Die Punktion entleerte damals etwa 2000 Gramm urinöser Flüssigkeit, und Anfangs December wurden wieder 1500 gr. abgezapft. Am 31. Jan. 1896 fand ich folgende Verhältnisse: Grosse, fluctuirende Geschwulst im rechten Hypochondrium, die bimannell abgetastet, als die Lende einnehmend erkannt wurde. Vor derselben und nach unten zu konnte das Colon durch Percussion und Abtasten nachgewiesen werden. Harnuntersuchung ergab normale Verhältnisse, das specifische Gewicht 1020. Punction lieferte klares Serum, das Harnbestandtheile enthielt.

Am 3. Februar wurde in Chloroformnarcose die Geschwulst mittelst ausgiebigem schiefem Lumbalschnitt blossgelegt, und nach Auffindung der Umschlagstelle des Peritoneums der abgehende Ureter aufgesucht, hierauf der Sack durch einen die Nierensubstanz freilegenden Längsschnitt breit eröffnet und entleert. Dieselbe repräsentirte an der hinteren oberen Peripherie des Sackes eine sichelförmige, an deren dicksten Stelle etwa zollmächtige, lebhaft blutende Substanz, an deren innerer Oberfläche die Papillen gut zu erkennen waren. Keine den Kelchen entsprechenden Loculi.

Die sehr auffällige Uretermündung wurde leicht aufgefunden. Sie befand sich nach vorne und etwa 3 Zoll vom in aufrechter Körperstellung tiefsten Punkte des Sackes. Sie ähnelte einer kleinen Brustwarze, und ragte in das Lumen des Sackes etwa $\frac{3}{4}$ Centimeter hinein. Die sie bedeckende ektopische Ureterenschleimhaut war verdickt, lebhaft geröthet und auf Berührung leicht blutend. Beim Sondiren ergab sich eine in dem vorragenden Theil enthaltene Verengerung, die jedoch mässigem Sondendruck nachgab, worauf ein elastisches Bougie No. 5 Charrière in die Blase eindrang.

Mit diesem Ergebniss wurde, weil der Puls des Patienten klein zu werden anfing, der Sack tamponirt und an die Flankenhaut angenäht und verbunden. Der Kranke erholte sich rasch und es folgte mässige Fieberbewegung. Die gemessene Harnmenge betrug 800 Gramm für 24 Stunden, somit secernirte die linke Niere zufriedenstellend.



Am 6. Februar wurde wieder chloroformirt, und die Uretermündung blossgelegt, worauf folgende plastische Neuanordnung der gegebenen Elemente vorgenommen wurde. Seitlich nach rechts und links, sowie nach oben, wurde der Kraterförmige Schleimhautwulst so weit incidirt, dass die Strictur damit auch an drei Punkten durchschnitten war. Hierauf wurden die oberen und unteren Winkel der rautenförmigen Wunden mittlest je einer feinen Catgutnaht vereinigt, das heisst, die Längsschnitte quer vereinigt (Fenger). Endlich, da am unteren Rande noch eine wulstartig hervorragende Schleimhautleiste zweckwidrig erschien, wurde dreiviertel Centimeter von derselben entfernt, aus der Schleimhaut des Nierenbeckens mittelst zweier halbelliptischer Schnitte ein Lappen herausgeschnitten, der zwei Centimeter lang und einen Centimeter breit war, und der so geschaffene Defect mit

fünf versenkten Catgutnähten geschlossen. Dieser Schnitt verzog und glättete den unteren Rand der Ureteröffnung in gewünschter Weise, und schaffte an Stelle der warzenartigen Vorragung eine seichte, trichterförmig sich verjüngende Depression. In den Ureter wurde ein elastischer Katheter eingelegt, und die Wunde, wie früher, leicht mit Jodoformgaze tamponirt. Es folgte sehr geringe Reaction, aber zum ersten Male wurde nachher Blut im aus der Blase gewonnenen Harn nachgewiesen.

Der Catheter musste aus dem Ureter bei der Morgenvisite am 7. Februar entfernt werden, da über heftige nach der Blase und Penisspitze ziehende Schmerzen geklagt wurde. Am 9. Februar wurde die Tamponade entfernt und ganz locker erneut. Am 16. Februar wurde das Secret eitrig mit erneuter mässiger Fieberbewegung, weshalb die Tamponade weggelassen und anstatt dessen durch zwei dicke Gummidrains dreimal täglich mit Borsalicyllösung irrigirt wurde. Am Ende der Irrigation wurde immer etwas Methylblaulösung eingegossen. Am 20. Febr. wurde im aus der Blase gewonnenen Harn zum erstenmal Blaufärbung bemerkt. Mässige, abendliche Fieberbewegung dauerte bis Ende Februar. Am 1. März wurde die noch weit klaffende Wunde durch das Nierenparenchym einschliessende Silkwormgut-Nähte verkleinert, so dass nur für das dicke Drain eine Oeffnung belassen wurde. Von da ab erholte sich der Junge zusehends, verliess das Bett am 7. März und kehrte am 15. März nach der Heimath mit der Weisung zurück, den sich verkleinernden Sack täglich irrigiren zu lassen. Zur Trockenhaltung des Patienten dienten vorzüglich dicke Mooskissen. Am 15. April wurde brieflich folgendes berichtet: Fieber bis 103° F. nach der Ankunft aus New York, das bald abfiel, worauf Appetit sich einstellte und Patient sichtlich an Gewicht zunahm. Es entweicht nur wenig Harn aus dem Drainrohr, die normaliter entleerte tägliche Harnmenge beträgt 1000 bis 1200 Gramm, ist sauer und enthält nur microscopisch nachweisbaren Eiter. Am 3. Mai stellte sich Patient bei mir vor. Er sah vortrefflich aus, und hatte ansehnlich zugenommen. Ich fand in der Lumbalfistel ein dünnes Drainrohr, das Mooskissen wenig benetzt. Die Capacität des Nierenbeckens wurde auf etwa 45 Gramm bestimmt. In das Nierenbecken eingeflösstes Methylenblau erschien sofort im Harn, der normale Verhältnisse darbot, mit der einzigen Ausnahme,

dass er noch immer Spuren von Eiter enthielt. Ich beschloss, das Drainrohr tentativ zu entfernen. Im Juli wurde mir gemeldet, dass die Fistel geschlossen und der Junge bei bester Gesundheit war.

Nachtrag. — Am 11. März 1897 stellte sich mir Patient, leider mit wiedergeöffneter Fistel vor. Das Nierenbecken fasste 45 Gramm Flüssigkeit. Das Niedersteigen von Färbflüssigkeit von demselben zur Blase war aber sehr langsam und ungenügend geworden, somit muss eine ungünstige Veränderung im anfänglich guten Resultat eingetreten sein, die zu erneutem Handeln auffordert.

2. Hydronephrotische Wanderniere.—Nephrectomie.—Heilung.

Therese R., 25 Jahre alt, verheirathet, keine Kinder, gab am 1. December 1896 an, dass sie vor einem Jahre, ohne bekannte Veranlassung, an heftigen paroxysmenartigen Schmerzen der linken Lendengegend zu leiden anfing, wegen welcher Morphineinspritzungen gegeben werden mussten. Allmählig wurden die Paroxysmen seltener und milder, aber sie magerte ab, und empfand ein stätiges dumpfes Schmerzgefühl, das nach der entsprechenden Seite und dem Oberschenkel ausstrahlte. Anfangs December fand Dr. Munde eine grosse Lumbalgeschwulst und wies die Patientin an mich. Die kopfgrosse Geschwulst war recht beweglich, glatt, wenig druckschmerzhaft und sehr hart und prall, so dass man ein Fluctuationsgefühl erst nach erfolgter Punction erhielt, die wasserklare, nur spärliche Harnbestandtheile enthaltende Flüssigkeit ergeben hatte. Nach ihrer Aufnahme ins Mt. Sinai Hospital wurde die 24-stündliche Harnmenge, nothwendigerweise der anderen Niere entstammend, auf 1400—1500 Gramm bestimmt und in jeder Hinsicht normal befunden. Es lag die Alternative vor, entweder das Organ zu entfernen, oder durch plastische Massnahme die Wegsamkeit des Ureters wieder herzustellen. In Anbetracht des Umstandes, dass der letztere Vorgang mindestens zwei Operationen und eine längere Behandlungsdauer benöthigen würde; endlich, dass ein günstiges Resultat wahrscheinlich, aber mit Gewissheit nicht zu versprechen war, weigerte sich die Patientin dieselbe zu gestatten, und drang auf summarische Beseitigung. Am 2. December 1896 wurde Calomel und darauf Glaubersalz dargereicht. Am darauffolgenden Morgen schien die Geschwulst verschwunden zu sein, nur bei genauerer Ab-

tastung konnte man eine schlaffe, schlecht definirte Masse erkennen. Augenscheinlich war spontane Entleerung des Sackes erfolgt. Am 14. December wurde chloroformirt, die von einem Assistenten nach der Lende vorgedrängte Geschwulst blossgelegt, von der Umgebung leicht auf stumpfe Art gelöst und aus ihrem Bette herausgewälzt. Sie hing an einem langen, die Gefässe und den stark verlängerten Ureter enthaltenden Stiele. Während derselbe comprimirt war, wurde die Nierensubstanz an ihrer Convexität breit eröffnet und der Uretereingang, der normal erschien, aufgesucht. Der Ureter war durchgängig und die Niere selbst bot ein prägnantes Beispiel einer sacculirten (Fenger) Cystonephrose dar. Die stark erweiterten Nierenkelche mündeten vermittelst zwerchsackförmig verengter Ostien in das enorm erweiterte Nierenbecken. Bei conservativem Vorgehen hätte man alle diese Scheidewände (nach Fenger) durchtrennen müssen, wobei die starke, von in den Septa verlaufenden Gefässen herrührende Blutung durch fortlaufende Massennath zu stillen gewesen wäre. Dann hätte man aus dem Nierenende des Ureters ein entsprechendes Stück resecirt, und den nun zweckentsprechend gekürzten und geradegestreckten Ureter in den tiefstgelegenen Punkt des Beckens eingenäht, wie es Küster mit Erfolg gethan hat.

Unter den vorerwähnten Verhältnissen musste man von dem verlockenden Plan abstehen. Das Organ wurde mühelos entfernt, die Wunde bis auf eine Drainöffnung schichtenweise genäht, und wie üblich verbunden. Der Heilungsverlauf bot nichts besonderes, und Patientin wurde am 30. December geheilt entlassen.

Es ist als ein entschiedener Fortschritt zu bezeichnen, dass die Heilung von durch Stenosen im Nierenbecken oder dem Ureter verursachten Hydronephrosen, oder von lumbalen Harnfisteln auf conservativem, reparativem Wege angestrebt wird, und nicht durch die allerdings jetzt mehr und mehr barbarisch erscheinende Aufopferung des Organs durch die Nephrectomie. Es muss jedoch hinzugefügt werden, dass äussere Verhältnisse, wie z. B. die Wahl des Patienten, oder drohender, von Blutung oder Herzschwäche herrührender Collaps den Chirurgen doch hie und da noch zwingen werden, zuweilen zu dem summarischen, und endgültige Abhülfe versprechenden Verfahren der Ablation zurückzugreifen. Unter letzteren zwingenden Umständen musste ich im Februar

1895 im Deutschen Hospital eine gesunde Niere opfern. Der Fall ist in Annals of Surgery, January, 1896, publizirt.

3. Empyem des Ureters nach Nephrectomie.—Exstirpation des Ureters.—Heilung.

Jacob Klein, 26 Jahre alt, Photograph, hat in seinem zwölften Lebensjahr durch Ueberfahrenwerden eine schwere, von langedauernder Eiterung gefolgte Verletzung der linken oberen Extremität erlitten, als deren Folgen sowohl Deformität als auch Functionsuntüchtigkeit zurückgeblieben sind. Im Sommer 1893 wurde in Buffalo wegen Pyo-nephrose nach vorhergegangener Nephrotomie die linke Niere exstirpirt. Eine Fistel blieb zurück, die sich zeitweise schloss, worauf Blasenbeschwerden auftraten mit Fieber und Retentionserscheinungen in der Lende, die erst nach Durchbruch und Entleerung grosser Eitermassen nachliessen. Bei seiner Aufnahme ins Hospital im Juli 1896, wurde hochgradige Pyurie, sowie ein Prostataabscess vorgefunden, der mittelst Perinealschnitts incidirt ward. Die Gegenwart einer derben und ziemlich engen Harnröhrenstrictur, die dem Uebergang der Pars membranacea in die prostatica entsprach, machte damals die Cystoscopie unmöglich. In der Lende fand sich eine reichlich secernirende Fistel vor, die durch massiges Narbengewebe in die Tiefe drang. Im Hypochondrium kein Tumor nachweisbar. Da ich vermuthete, dass die andauernde Eiterung möglicherweise von einer zurückgehaltenen Massenligatur herrührte, wurde im Juli die Narbe breit gespalten, und bis auf das Peritoneum vorgedrungen, jedoch keine Ligatur vorgefunden. Die Wunde wurde offen behandelt und fuhr fort stark zu secerniren. Es wurde auch beobachtet, dass die Pyurie stark abgenommen hatte und fast verschwand, so lange der Lendenschnitt reichlich secernirte. Sobald dort die Absonderung gering wurde, nahm der Eiter im Harne bedeutend zu. Dieses Vicariiren der Absonderung machte es uns bald klar, dass die Eiterung dem zurückgebliebenen Ureter entstammte. Der Prostataschnitt heilte sehr langsam und war erst Anfangs October geschlossen. Am 13. November wurde zur Exstirpation des Ureters geschritten. Der wirkliche schwierige Theil der Arbeit bestand in dem Auffinden des renalen Endes des Ureters, der in einer grossen, mit dem Peritoneum voraussichtlich eng verwachsenen Narbenmasse aufgesucht werden musste. Ich beschloss insofern planmässig

vorzugehen, als ich mir vornahm zuerst das Peritoneum seitlich an der Grenze des Narbengewebes bloszulegen, und von dort her gegen die Wirbelsäule präparirend vorzudringen. Dies stellte sich als zweckmässig heraus. Ein ausgiebiger Schrägschnitt, der die Narbe durchsetzte, wurde nach vorne durch die Bauchwand so weit fortgesetzt, bis das Peritoneum, und dann das von demselben bedeckte Colon descendens vorlagen. Wo die narbige Verlöthung anfing, wurde vorsichtig mit dem Messer gearbeitet, und da in dem resistenten Gewebe der Raum beengt war, auf den Schrägschnitt ein, dem Quadratusrand entsprechender Vertikalschnitt aufgesetzt, der nun, bei freigelegtem Peritoneum rasch die ganze Narbe durchtrennte. Sofort kam, mundförmig von gerötheter Schleimhaut umsäumt, der Ureter zum Vorschein. Das Peritoneum wurde nun rings um den Ureter lospräparirt, und bald gelangten wir ausserhalb des Bereichs der Narbenbildung, und sahen Cabot's Angabe schön bestätigt, dass beim stumpfen Ablösen des Bauchfelles der Ureter demselben anhaftend folgt. Der Schrägschnitt wurde nun durch die Bauchwand bis nahe an das Poupart'sche Band fortgeführt, wobei darauf geachtet wurde den Schnitt nicht zu nahe der Darmbeinschaufel zu legen, damit dort genügendes Material zur späteren Bauchwandnaht zurückbleibe. Successive wurden nun die beiden Psoas, dann die Iliacalgefässe blosgelegt und der Ureter aus seinem Zusammenhange mit dem Peritoneum getrennt. Die unteren Parthien desselben waren recht brüchig und morsch, stark ampullenförmig bis zu etwa 3 Centimeter erweitert, und ganz nahe der Blase fand sich eine ziemlich enge Strictur vor, die eine dünne Knopfsonde mit Mühe durchliess. Dicht oberhalb dieser Stelle wurde in grosser Tiefe der Ureter abgetragen, und da die Ligatur durchschnitt, der kleine Blindsack einfach mit Jodoformgaze tamponirt. Da bei dem Schluss der Auslösung des Ureters viel Eiter aus dem erweiterten Schlauch entwich, wurde ausgiebig gerieselt, die Mittelparthie der Bauchwunde mit kräftigen Plattennähten aus doppelt genommenem Silkwormgut geschlossen, und die beiden Wundwinkel drainirt und offen gelassen. Die Procedur hatte fast zwei Stunden gedauert, und der Kranke war recht erschöpft, besonders war der Puls sehr klein und schleunig, und blieb trotz ausgiebiger Stimulation über 48 Stunden sehr bedenklich. Profuser Schweiss, Erbrechen und Uebelkeiten mussten auf Rechnung des ausgedehnten, dem

Peritoneum zugefügten Insultes, und nicht der Blutung gesetzt werden, die ja ganz gering gewesen war. Nur mässige Temperatursteigerungen, bis auf 101° F., kamen vor, und obzwar es aus der Tiefe des Beckens während der ersten acht Tage stark eiterte, heilte die Bauchnaht per primam. Zuerst schloss sich der obere, dann, in etwa vier Wochen, der untere Wundwinkel. Zur Ermöglichung der Behandlung der Cystitis wurde die Urethralstrictur graduell gedehnt, und die Blase häufig ausgespült. Eine am 22. Januar 1897 vorgenommene cystoscopische Untersuchung ergab, dass die rechtsseitige Uretermündung normal, die linke wulstig und geröthet aussah. Der Blasencatarrh hat sich nun bedeutend gebessert, und kann der Patient jetzt seinen Harn zwei Stunden lang halten. Sein Allgemeinbefinden ist vortrefflich und das Körpergewicht im Zunehmen begriffen.

Als theilweise hierhergehörend will ich noch erwähnen, dass bei gewissen Formen der Pyelitis, die durch zumeist temporäre, noch nicht genügend ergründete Hindernisse des Harnabflusses im Ureter oder Nierenkelch verursacht sind, die Nephrotomie und Drainage des Nierenbeckens nicht selten zur Heilung führt. Im Herbste 1894 behandelte ich einen einschlägigen Fall dieser Art mit Erfolg, der mich dazu ermunterte, auch in dem folgenden Falle die Nephrotomie anzuwenden. Die Operation brachte Erleichterung so lange die Nierenfistel offen war, führte aber nicht zur definitiven Heilung.

4. Beiderseitige Pyelitis mit intensiver Cystitis.—Linksseitige Nephrotomie.—Vorübergehende Besserung.

Frau G. Zimmermann, 38 Jahre alt, Multipara, leidet seit 3 Jahren an sehr häufigem, schmerzhaftem Harndrang. Der in kleinen Mengen abgehende Urin ist trübe und oft gegen das Ende des Harnens blutig. Seit zwei Monaten häufige Attacken von Lendenschmerz links. Die wohlgenährte, nicht fette Frau, am 3. März 1896 aufgenommen, wurde physikalisch sonst gesund befunden und sofort cystoscopirt (Kelly). Die Blase war äusserst reizbar und empfindlich, und ihre ganze Schleimhautoberfläche sammtartig roth injicirt, das Trigonum besonders stark geröthet, geschwellt und leicht blutend, so dass der linke Ureter nicht gefunden werden konnte. Es gelang den rechten zu katheterisiren, und die gewonnene mässig getrübte Harnmenge von 28 Gramm wurde sauer befunden und enthielt spärliche Eiterkörperchen, einige Blutkörperchen und hatte ein spezifisches Gewicht von 1024. Ich

muss hinzufügen, dass die Nieren nicht abzutasten waren, und dass die Frau bei tiefem, gegen die linke Lendengegend gerichtetem Druck über heftige Schmerzen klagte. Vierundzwanzigstündliche Harnmenge vom 3ten bis zum 4ten März 41 Unzen. Es lag somit beiderseitige Pyelitis mit chronischer Cystitis vor, die zur Schrumpfblase geführt hatte, da sogar in tiefer Narcose nicht mehr wie zwei einhalb Unzen Flüssigkeit geduldet wurden.

Am 26. März wurde die linke Niere an der Convexität bis ins Becken gespalten und drainirt. Das Nierenbecken, vor der Spaltung punktirt, lieferte zwei Unzen leicht getrübten Eiter und eiweisshaltigen, sauren Urins, war somit mässig erweitert. Die Nierenoberfläche sowie die Schnittfläche erschienen normal. Keinerlei Reaction wurde beobachtet, nur war der schmerzhafte Harndrang weniger häufig geworden, wohl im Verhältniss mit der Verminderung der „per vesicam" entleerten Harnmenge. Am 1. April wurde wieder cystoscopirt, der Zustand der Blase aber unverändert befunden. Am 21. April wurde die Patientin mit Nierendrain auf eigenen Wunsch und mit der Weisung entlassen, denselben noch einige Monate zu tragen. Das lästige Durchnässen ihrer Kleidung veranlasste sie aber schon Ende Mai das Drainrohr entfernen zu lassen, worauf die Fistel rasch zuheilte und die Harnbeschwerden zunahmen. Der Verdacht auf Tuberculose bestand von Anfang an, und veranlasste eine grosse Anzahl von Jagden auf Koch'sche Bacillen, die aber alle erfolglos waren. Auch Impfungen von Kaninchen mit dem Harnsediment blieben erfolglos.

Echinococcus der Niere.

Bekanntermassen ist das Befallenwerden der Niere durch Echinococcus ein seltenes. Die linke Niere ist doppelt so häufig der Sitz des Leidens als die rechte. In der mir zugänglichen, über 300 Fälle einschliessenden Literatur konnte ich nur einen Fall (6, bei Simon) finden, der dem hier zu berichtenden Analoges darbot.

Echinococcus der rechten Niere.—Blasen im Harn.—Blosslegen der Geschwulst, die von einem knochenharten Balg eingeschlossen ist.—Eröffnung desselben mit Knochenmesser.—Entleerung.—Secundäre Exstirpation der Knochenschale.—Heilung.

Frau Emma Duester, 26 Jahre alt, aus Seymour, Conn., wurde mir am 19. Mai 1895 von Dr. Steudel vorgestellt. Die

zart gebaute, kleine, ziemlich abgemagerte Frau war im sechsten Monate schwanger, multipara, hatte sich bis vor drei Monaten guter Gesundheit erfreut, fing dann aber an über zunehmende Schmerzen im rechten Hypochondrium und der entsprechenden Lende zu klagen. Sie gab an, vor acht Jahren in Deutschland viel mit Hunden zu thun gehabt zu haben, die sie regelmässig zu füttern hatte, und dass sie schon lange einen gewissen Druck und eine Völle in der rechten Lende gefühlt hat, die sie aber wenig belästigt hatten. Vor 14 Tagen verspürte sie heftiges Drängen beim Harnen und bemerkte weinbeerartige Körper im Urin, die augenscheinlich dem Schmerz zu Grunde gelegen hatten. Eine Sammlung dieser Blasen wurde von ihr mitgebracht, die sofort als Tochterblasen eines Echinococcus erkannt wurden. College Steudel hat auch einen erheblichen Tumor gefunden, der als die rechte Lende einnehmend, glatt, ungemein derb und hart und sehr wenig beweglich, fast bis zum Niveau des Nabels in die Bauchhöhle hineinragend, und von den Respirationsbewegungen wenig beeinflusst befunden wurde. Nach unten und vorne konnte man aus der Hauptmasse der Geschwulst einen weicheren, buckelartig vorragenden, doch auch derben Körper abtasten, der druckempfindlich war. Die Geschwulst schien auch nach oben in die Brusthöhle hineinzuragen, da bei Percussion gedämpfter Schall hinten bis an die siebente Rippe zu constatiren war. Da die Frau abendlich, wenn auch mässig, fieberte, rieth ich zu baldiger Entleerung des Balges. Nach Aufnahme im Hospital wurde festgestellt, dass die vierundzwanzigstündliche Harnmenge am 20. Mai 1430 Gramm betrug, und dass der Harn eiweiss,- eiter- und zuckerfrei war. Alle anderen Organe functionirten normal.

Am 21. Mai wurde in Chloroformnarcose die Geschwulst vermittelst Schrägschnittes blossgelegt, worauf es klar wurde, dass der bei Palpation als nach der Bauchhöhle vorragend gefühlte Buckel ungefähr die Hälfte einer normal erscheinenden Niere darstellte, von deren oberen Pol die mächtige, etwa cocosnussgrosse Geschwulst in die Höhe gewachsen war. Bei dem Versuch zur Punction mit einer derben Nadel, brach diese an der knöchern harten Hülle des Tumors ab, welche nur mit erheblicher Mühe mittelst eines starken Knochenmessers durch Herausschneiden eines viereckigen Wandstückes eröffnet werden konnte. Ausser mässigen Mengen trüben Serums war die nun eröffnete starre Kapsel von einer dichten Masse

unregelmässig zwiebelschalenartig ineinander geschachtelter, mehr oder minder derber Membranen, und einer Unzahl von Tochterblasen erfüllt, die mit scharfem Löffel herausbefördert wurden. Die Mutterblase wurde auch von der Innenfläche des evident verkalkten oder verknöcherten Balges abgekratzt, wobei es zu bluten anfing, weshalb die Höhle mit Gaze ausgestopft und die Wunde verbunden wurde. Beim Auslöffeln erhielt man überall ein Gefühl wie beim Auskratzen einer Knochenhöhle. Die Stelle, an welcher Tochterblasen in das Nierenbecken eingetreten waren, konnte nicht gefunden werden.

Die Operation wurde sehr gut vertragen, nur wurde es von Tag zu Tag klarer, dass ein Collabiren und Ausheilen der grossen Höhle unter den gegebenen Verhältnissen ohne weitere Nachhülfe ein Ding der Unmöglichkeit war. Ich hoffte, dass die knochenartige Hülle der Cyste sich nekrotisch abstossen würde, wie es in dem vorher citirten Falle von Simon geschehen ist. Dort war aber die Entwickelung von Knochenplatten nur rudimentär, während sie hier eine vollkommen geschlossene, eiförmige, allenthalben bis $\frac{3}{4}$ Centimeter dicke, auf der Innenseite lebhaft blutende, somit organisirte Schale darstellte. Da es bekannt ist, dass der äussere Sack jeder Echinococcuscyste mit den anliegenden Gebilden höchst innige Verwachsungen eingeht, weshalb Simon die Exstirpation der meisten Nierenechinococcencysten als zu gefährlich verdammt, bestand doch die Indication hierzu in diesem Falle so evident, dass ich mich zu dem Schritte entschloss. Die Patientin wurde zu dem Eingriff durch Darreichung kräftiger Nahrung und passenden Getränkes vorbereitet, und dann am 15. Juli narcotisirt. Die Operation war eine ungemein schwierige, mühsame und nicht ungefährliche, da trotz ausgedehnter Resection zweier Rippen, und trotz grösster Vorsicht die Eröffnung der Pleurahöhle nicht vermieden werden konnte, wonach drohende Cyanose und Herzschwäche eintraten. Das Loch in der Pleura wurde rasch verstopft und künstliche Athmung eingeleitet, worauf sich die Kranke soweit erholte, dass man fortfahren durfte. Auch nach vorne war es unmöglich Verletzungen des Peritoneums zu vermeiden, die rasch mit Nadel und Catgut ausgebessert wurden. Die einzelnen Platten waren bis 6 Centimeter breit und lang, die meisten davon jedoch viel kleiner und waren entlang Schädelsuturen ähnlicher Linien durch kurzes und straffes Bindegewebe verbunden. Ihre Entfernung musste fast

überall mit der Messerschneide bewirkt werden, was theils wegen der unbequemen, schwer zugänglichen Lage, der reichlichen capillären Blutung, theils wegen der unvermeidlichen Zufälle seitens der Respiration und Circulation eine recht schwere Aufgabe darstellte. Endlich war alles heraus, die Wunde tamponirt und verbunden, und die stark collabirte Patientin im Bett. Stimulantien per Rectum und subcutan mussten fleissig gegeben werden, und der tiefe Collaps wich erst am Morgen des 17. Juli definitiv. Am 19. Juli wurden die Tampons aus der Haupthöhle entfernt, und es war schon ein merkliches Zusammensinken derselben ersichtlich. Die Pleuratamponade wurde am 21. Juli beseitigt, und von da an ging es rasch und schön vorwärts bis zum August, wo die Patientin, die schon das Bett zeitweilig verlassen konnte, abortirte. Doch auch dies war bald überwunden, und bei zunehmend sich besserndem Allgemeinbefinden schloss die Höhle sich rasch unter mässiger Secretion, so dass Patientin am 22. August geheilt entlassen werden konnte. Simon führt ausdrücklich an, dass in seinem Falle No. 6 die abgegangenen Platten Knochengewebe enthalten haben. In dem heute vorgeführten Falle fand Dr. Schwyzer nur Kalkablagerungen. Die hier vorliegenden schaligen Gebilde erinnern an die Schädelknochen eines kleinen Kindes.

(Vorstellung der Patientin und der Präparate).

Ueber eine neue Indicationsstellung zur Nephrotomie bei entzündlichen Processen der Niere.

Im Jahre 1890 wurde eine junge Frau mit ziemlich profuser, hartnäckiger Nierenblutung ins Mt. Sinai Hospital aufgenommen. Es waren kein Trauma, keinerlei acute Erkrankung vorhergegangen. Die Blutung hatte drei Wochen angedauert, und die Patientin war im höchsten Grade anämisch geworden. Milz nicht vergrössert, Harnmenge normal, im Harn ausser Blut und sehr spärlichen Eiterzellen — wie sie beim Weibe fast regelmässig vorkommen — nichts Abnormes. Abendlich wurden leichte Fieberbewegungen beobachtet und die linke Niere war spontan und bei Druck ziemlich schmerzhaft und augenscheinlich vergrössert. Man dachte an Tuberculose, Stein und ein Neoplasma, und da trotz Ergotin und anderer innerlich dargereichter Mittel die Blutung stetig fortdauerte, entschloss ich mich zur Exploration der Niere. Bei derselben wurde ein turgides, von einer im höchsten Grade

gespannten Kapsel eingeschlossenes Organ vorgefunden, dessen Fetthülle ödematös war. Punctionen ergaben nur Blut, somit wurde die Kapsel entlang der ganzen Convexität der Niere gespalten, wonach das Parenchym etwas hervorquoll. Die Kapsel liess sich schwer abstreifen, und man sah in der Nierenoberfläche eine grosse Anzahl punkt- und sternförmiger Blutergüsse. Hierauf wurde durch die Mittelparthie des Organkörpers in dessen Becken ein Einschnitt gemacht und dasselbe mit der Fingerspitze allenthalben ausgetastet, während die andere Hand successive alle Punkte der Nierenperipherie dem tastenden Finger entgegendrückte. Kein Stein, kein erheblicher Tumor, und ein glattes, nicht vergrössertes Nierenbecken wurden gefunden. Durch das eingelegte Drainrohr erfolgte eine sehr reichliche Secretion von blutig-urinösem Serum, und schon am Tage nach der Operation verlor der per urethram gewonnene Harn, der etwa 600 Gramm ausmachte, die characteristische blutige Färbung, obzwar microscopisch noch etwa 10 Tage lang stetig abnehmendes Blut nachgewiesen werden konnte. Alle localen Beschwerden und das abendliche Fieber waren vom vierten Tage an gewichen, und 14 Tage später wurde das Drainrohr entfernt, worauf die Wunde rasch zuheilte. Ich habe den Fall seither bis zum Jahre 1893 wiederholt verfolgt, und überzeugte mich vom andauernden Wohlbefinden der Frau. Somit konnten Tuberculose, Neubildung und Stein mit Recht als ausgeschlossen betrachtet werden. Unstreitig hatte sich es hier um eine Form acuter Nephritis mit grosse Spannung bedingender Hyperämie gehandelt, die zu capillärer Blutung Veranlassung gegeben, und durch den, reichliche Drainage und Entspannung bringenden Nierenschnitt heilsam beeinflusst worden war.

Aehnliche Erfahrungen in der Praxis verschiedener Chirurgen haben sich gemehrt, und es wurde sogar zur vermeintlichen Erklärung des Vorganges — wo der Begriff fehlt, nimmt man ein Wort — die Nomenclatur „Haemophilia renalis" vorgeschlagen. Endlich, am Anfang des vergangenen Jahres, dehnte Reginald Harrison (Lancet, Jan. 4, 1896,) die Indication für die Nephrotomie auch auf gewisse Formen von Albuminurie aus, bei denen Nierenspannung angenommen werden konnte. In ähnlichen Geleisen bewegte sich ein, dem Chirurgen geläufiger Gedankengang, den ich seit 1890 verfolgte, und dessen Begründung in grossen Zügen sich folgendermassen gestaltet. Ob durch rein chemische, oder chemi-

sche, aber von Microorganismen vermittelte Einflüsse bedingt, ist jede Form von acuter Entzündung eines drüsigen Organes von ausgesprochener Circulationsstörung begleitet, deren Ausdruck Hyperämie, Stase, Exsudat und Spannung sind. Wie günstig die Anfangsstadien dieser Zustände von einer ausgiebigen, entspannenden Incision beeinflusst werden, ist jedem bekannt, und besonders dort, wo es sich um in derbe Kapseln eingeschlossene, von einer Endarterie vascularisirte Drüsen handelt. Ich erinnere an Hoden, Glandula submaxillaris und die Parotis. Bei Hoden und Unterkieferspeicheldrüse kann vermehrte Spannung zu acuter und totaler Necrose des Organs führen, wie wir es bei der Angina Ludwigii und bei sogenannter spontaner Hodengangrän beobachten, bei deren Endausgang es gleichgiltig ist, ob die Infection embolisch oder durch die Ausscheidungswege aufsteigend eingewandert ist.

Ganz parallele Vorgänge spielen sich in der Niere ab, nur dass es hier bei Embolien, wegen des grossen Calibers der Art. renalis höchst selten zur Massennecrose (Friedländer) des ganzen Organs kommt, sondern die Zerstörung umschriebene Bezirke, häufig in erster Linie nur die secretorischen Elemente angreift. Diese werden dann zum grossen Theil zerstört, was in den höchsten Graden acuter Nephritis zu spärlichem, blutigen Urin, oder gar zur völligen Suppressio urinae führt. Häufig b l e i b t der Schaden oder wird sogar ein stetig, ob zwar langsam fortschreitender, der endlich im fast völligen Verlust normaler secretorischer Anordnung und dem urämischen Tode des Individuums endet.

Wie erwähnt, ist es, was den Ausgang anbelangt, oft gleichgültig, ob die Infection auf dem Wege der Blutbahn oder aufsteigend am Wege der secretorischen Canäle in die Niere gelangt ist. Der modificirende Einfluss rein mechanischer Kreislaufstörung durch Klappenfehler des Herzens oder einer vicariirenden Fluxion bei plötzlichem Functionsausfall durch Trauma, Operation oder pathologische Processe der anderen Niere, sind auch zu berücksichtigen. Endlich ist noch anzudeuten der Unterschied zwischen Formen der Nephritis, die von rasch zerstörendem, macroscopisch wahrnehmbarem Eiterungsprocess, oder nur das feinere Gefüge des Organs betreffenden Degenerationsprocessen begleitet sind.

Die Frage stellt sich somit folgendermassen:

1. Wird ein acuter Infectionsprocess, hauptsächlich eitriger Natur, durch gründliche Entspannung und directe Drainage des Nierengewebes und der Kelche günstig beeinflusst?

2. Wird ein acuter Infectionsprocess der Niere, der keine Tendenz zur Eiterung besitzt, aber häufig in chronisch verlaufender, bisher von jedweder Therapie wenig beeinflusster Weise zu endlichem Verlust der specifischen Function des Organs führt, von einer im hyperämischen Anfangsstadium gemachten Nephrotomie günstig beeinflusst oder nicht?

Bevor man diese Fragen beantwortet ist wichtig festzustellen, welche Gefahr der Nierenschnitt selbst darstellt. Die relative Gefahr einer Nephrotomie steht in gradem Verhältniss zu der Erkrankung der Niere selbst. Tuffier (Duplay et Reclus, traité de Chirurgie tome VII) gibt für Nephrotomie bei nicht inficirten Fällen von Nierenstein eine Sterblichkeitsziffer von 6 Procent, während er für dieselbe Operation bei Pyonephrose 23.3 Procent berechnet. Die Angaben anderer Autoren stimmen mit diesem Befund im Wesentlichen überein. Meine persönliche Statistik weist für 21 Nephrotomien nur einen Todesfall auf, über den ich berichten werde, und bei dem der Tod bestimmt nicht dem Eingriff, sondern lediglich der Erkrankung zugeschrieben werden konnte. Wir sehen somit, dass die Nierenspaltung selbst bei wenig erkranktem, oder nicht dauernd compromittirtem Organ einen ziemlich gefahrlosen Eingriff darstellt. Und wenn das Problem vom technischen Standpunkt geprüft wird, so wird jeder Chirurg die Nephrotomie als eine Procedur bezeichnen, die gewöhnlich leicht und rasch bewerkstelligt werden kann. Der zur Bloslegung der Niere unvermeidliche Blutverlust ist gering, und die Blutung aus dem Nierenparenchym, besonders aus der Rinde, steht sofort auf die Tamponade. Sogar wenn beim Eröffnen des Nierenbeckens vermittelst des das Parenchym durchsetzenden Schnittes grössere in den Septa verlaufende Gefässe verletzt wurden, war es mir leicht der Blutung rasch Herr zu werden. (Siehe den Fall Seligmann).

Kehren wir nun zu den vorher aufgeworfenen Fragen zurück.

Zur Würdigung und categorischen Beantwortung der unter 1 und 2 aufgeworfenen Fragen ist auch nöthig zu ergründen, welche Form und welcher Grad einer Erkrankung des Nierengewebes in dem gegebenen Falle vorliegt. Die physikalischen und chemischen Behelfe, die uns zur Verfü-

gung stehen, sind sehr werthvoll und wichtig, leisten aber doch nicht das, was eine systematische, microscopisch gemachte Durchforschung des Nierenparenchyms selbst aufschliesst. Fenger's Rath, bei jeder Nephrotomie der eröffneten Niere ein kleines Segment zur microscopischen Untersuchung zu entnehmen, finde ich vortrefflich und sehr beherzigenswerth. Dem Kranken wird kein Schaden zugefügt, und der Arzt gewinnt bessere Einsicht und definitiven Aufschluss darüber, w a s in der Niere vorgeht, was durch die Harnuntersuchung nur sehr andeutungsweise, oft auch gar nicht erhellt wird. Folgenschwere Veränderungen, wie capilläre Embolien der feineren Endäste der A. renalis, mit dazugehörigen Infarcten, die Anwesenheit von pathogenen Microbien in den primären Harnwegen, desquamative Processe und Schrumpfung der Glomeruli und Harncanälchen, werden so präcise erkannt, und wenn Genesung eintritt, deren Gegenwart und Grad sich nicht nur auf die zuweilen prekäre Grundlage klinischer Beobachtung stützen.

Was die Fragen selbst betrifft, so ist Folgendes zu sagen:

1. Bei allen Formen eitriger Entzündung der Niere ist der chirurgische Grundsatz „frühzeitige, ausgiebige Incision zum Behuf der Entspannung und Drainage" mit ebenderselben Strenge und Dringlichkeit aufrecht zu erhalten, wie er acceptirt ist dort, wo der Entzündungsherd von starren Geweben, wie Kapseln, Fascien und dem Periost eingeschlossen, in Folge zunehmender Spannung zu ausgedehntem Gewebstod führt.

Das, was wir uns gewöhnt haben bei Phlegmonen des Handtellers, der Bursae, der Unterkiefer- und Ohrspeicheldrüse, der Gelenkskapseln und bei acuter Osteomyelitis auf Periost und Knochenhüllen anstandslos anzuwenden, soll bei der Niere ebenso anstandslos Anwendung finden. Der Einwand, dass bei der tiefen Lage des Organs die Diagnose oft sehr schwer ist, ist nicht neu, und musste bei der Klärung der Indicationsfrage aller, eben erwähnter tiefliegender Eiterungen aus dem Wege geräumt werden. Es ist wahr, dass grade die Fälle, bei welchen es sich um die verheerendste Invasion des Nierengewebes handelt, wie zum Beispiel bei aufsteigender septischer Pyelo-Nephritis, („surgical kidney",) oder bei multipler embolischer Nephritis, die gewöhnlichen physikalisch-diagnostischen Behelfe wie Percussion, Palpation, Harnuntersuchung und Probepunction uns theilweise

oder auch ganz im Stiche lassen. Doch ist das Gesammtbild der schweren das Leben bedrohenden Störung so pregnant, dass man bei Ausschluss anderer Organerkrankungen mit grosser Wahrscheinlichkeit, sogar einiger Sicherheit, die Niere als den Sitz der Störung annehmen kann. Als eines der verlässlichsten, aber auch nicht absolut und immer gegenwärtigen Symptome ist die Druckempfindlichkeit der Niere zu bezeichnen. Dass sie aber auch, ob zwar sehr selten, fehlen kann, wird aus dem von Dr. Lilienthal (Annals of Surgery, March, 1896, case III) publizirten, in meiner Abtheilung operirten Falle ersichtlich. Vier Wochen nach einer acuten Osteomyelitis des Oberkiefers, die durch ausgiebige Spaltung und Extraction des Sequesters behandelt worden war, bei welcher auch ein Gesichtserysipel ablief, trat mit Schüttelfrost und hohem Fieber exquisiter Lumbalschmerz der rechten Seite auf, ohne Harnbeschwerden oder krankhafte Veränderung des Harnes, der völlig klar und eiterfrei war, und nur eine Spur von Eiweiss aufwies.

Vom Schmerz geleitet, eröffnete Dr. Lilienthal am 5. Mai einen Rindenabscess der rechten Niere. Die Sepsis dauerte fort, und am 20. Mai fand die Nadel einen zweiten Abscess, der auch geöffnet wurde. Im Harn kein Eiter, nur eine Spur von Eiweiss und spärliche Blutkörperchen nebst granulären Cylindern. Die Sepsis dauerte fort, Patient verfiel augenscheinlich, delirirte und war somnolent bis am 10. Juli, wo ich ihn mit Dr. Lilienthal sah. Er war zum Skelett abgemagert, und sein Zustand machte die physicalische Untersuchung sehr leicht, bei deren gründlicher Vornahme alle in Betracht kommende Störungen nach der Reihe ausgeschlossen wurden. Druckschmerz war nirgends zu constatiren. Trotzdem empfahl ich eine wiederholte Exploration der rechten, sowohl als der linken Niere, bei deren Vornahme am 23. Juli Dr. Lilienthal auf beiden Seiten eine Anzahl corticaler Abscesse mit breitem Nierenschnitt eröffnete. Der Patient genas und wurde am 29. September geheilt entlassen.

Wir haben somit hier ein aufmunterndes Beispiel der Wirksamkeit chirurgischer Therapie bei embolischer, multipler Eiterung beider Nieren, einer Affection, die bisher, und bei der alten Indicationsstellung mit Recht, als hoffnungslos bezeichnet wurde.

Es ist jedoch fraglich, ob das energischste Vorgehen bei grosser Multiplizität eitriger Herde, einem Zustand, der mit

der sogenannten diffusen, infiltrirenden Phlegmone vergleichbar ist, nutzbringend sein kann, wenigstens insoferne als die Erhaltung des Organs in Betracht kommt. Und was die durch diese Form der Eiterung bedingte Lebensgefahr anbelangt, muss man eingestehen, dass sogar weitgehendste Incision nicht alle Herde aufdecken oder aufschliessen, somit auch die Sepsis nicht beseitigen kann, die nur der Ablation des erkrankten Organs weichen wird. Jedoch ist die immerhin interessante Frage, die nur zukünftige Arbeit erhellen wird, ob die Verbreitung und Intensität derartiger Zerstörungsprocesse durch frühzeitige Entspannung beschränkt wird, der eingehendsten Prüfung würdig. Es muss uns leichter wie bisher gemacht werden, auf klar aufgefasster diagnostischer Grundlage ganz frühe und im Anbeginn des Processes die Niere zu eröffnen, und in dieser Art das sonst oft dem sicheren Untergang verfallene Organ zu erhalten. Nach Ablauf einer gewissen, oft sehr kurzen Zeit, mag das unmöglich werden, wie aus folgender Geschichte erhellt:

Acute parenchymatöse Nephritis mit Eiterung.— Nephrotomie.— Fortdauer der Sepsis. — Nephrectomie. — Heilung.

Frau S. Seligmann, 34 Jahre alt, hatte vor 12 Jahren vor ihrer am 13. December 1896 erfolgten Aufnahme ihr letztes und zweites Kind, und gab an, seit zwei Jahren an Harnbeschwerden zu leiden, die öfteren Catheterismus erforderten. Am 7. December, kurz nach einem vom ihrem Hausarzt vorgenommenen Catheterismus, verspürte sie plötzlich heftigen, schneidenden Schmerz in der linken Lende, worauf heftiger Schüttelfrost und hohes Fieber gefolgt waren. Bei zunehmendem localen Schmerz breitete sich derselbe auf Blase und linken Oberschenkel aus. Heftige Paroxysmen lösten Brechbewegungen aus. Bei der Aufnahme wurde eine Temperatur von 104° F. gemessen. Fortwährende Strangurie auch bei leerer Blase, beschleunigter kleiner Puls, häufiges Erbrechen und eine höchst empfindliche, augenscheinlich der linken Niere angehörige, leicht abtastbare derbe Geschwulst der Lende und des Hypochondriums wurden constatirt. Der Harn, dessen Menge während der ersten 9 Stunden ihres Aufenthaltes im Hospital 13½ Unzen ausmachte, somit kaum genügend war, zeigte alkalische Reaction, hatte ein specifisches Gewicht von 1022, enthielt eine Spur von Eiweiss und sehr spärliche Eiterkörperchen, keine Blutkörperchen. Sofort

wurde chloroformirt, und die enorm vergrösserte Niere blosgelegt, wobei viel wässeriges Serum aus dem Nierenfett ausfloss. Durch die gespannte Kapsel erschien die Niere dunkel geröthet, nach Spaltung derselben hervorquellend und morsch, und als die Cortex angeschnitten war. floss kein Blut, sondern trübes, blutiges Serum in spärlicher Menge. Nach mehrfacher Punction brachte die Nadel endlich trübe, eitrige Flüssigkeit, und ihr folgend, wurde in breitem Schnitt das Becken eröffnet, aus dem aber nur wenig Flüssigkeit entwich. Beim stumpfen Erweitern der tieferen Parthien des Schnittes riss eine Gewebsbrücke durch, worauf heftige arterielle Blutung folgte, die aber leicht und rasch auf Jodoformgazetamponade stand. Um allseitige Secretion zu fördern, wurde fast die ganze Niere von der Fettkapsel stumpf abgelöst und mit Gazetampons umgeben, darauf die Wunde offen verbunden. Der acute Schmerz wich, aber Brechneigung und Fieber verblieben, obzwar nicht in derselben Höhe wie vor der Operation. Am 14. December, beim Verbandwechsel, war die Abwesenheit jener copiösen Durchtränkung des Verbandes auffallend, die wir regelmässig nach Nephrotomien beobachten. Dieselbe Beobachtung wurde im Laufe der darauffolgenden drei Wochen ausnahmslos gemacht. Die Harnuntersuchung ergab am 15. December 19½ Unzen für 24 Stunden, alkalische Reaction, spärliche Eiter- und Blutkörperchen, Spuren von Eiweiss und ein spez. Gewicht von 1024. Strangurie wie früher. Dieser Befund machte nicht nur höchst wahrscheinlich, dass die kranke Niere auffallend wenig secernirte, sondern auch, dass der ihr zugehörige Ureter unwegsam war. Am 20. December trat auf Entfernung der tiefen Nierentampons erneute arterielle Blutung auf, zugleich quoll dicker Eiter heraus, dessen Quelle aber nicht eruirt werden konnte, da sofort wieder verstopft werden musste. Die Harnausscheidung „per vesicam" war am 16. December auf 40, am 20. December auf 60 Unzen gestiegen, der Harn sauer geworden und enthielt weder jetzt noch später bis zum 7. Januar Blut. Bei fortwährendem, wenn auch niemals sehr hohem Fieber wurde der Zustand der Kranken stetig und zunehmend schlechter, und da beim Verbandwechsel wiederholt kleinere und grössere Abscesse, die in den Draincanal durchgebrochen waren, zum Vorschein kamen, entschloss ich mich zur Entfernung der Niere, die am 7. Januar vorgenommen wurde. Da der Harn kein Blut und

nur vereinzelte Eiterkörperchen enthielt und reichlich war (62 Unzen), nahm ich an, dass der linke Ureter noch immer unwegsam und die andere Niere functionstüchtig war.

Bei der Nephrectomie wurde Folgendes beobachtet: Das Volumen der früher stark vergrösserten Niere war ungefähr aufs Normale gesunken. In dem unteren Abschnitt befand sich ein etwa 2 Unzen Eiter enthaltender Abscess. Die Isolirung der Gefässe und des Ureters war wegen Kürze dieser Gebilde höchst schwierig, und nach Abgleiten einer Ligatur musste die erschreckende Blutung rasch mittelst einer grossen Klammer beherrscht werden. Offene Nachbehandlung. Die Operation wurde gut vertragen. Schon am 11. Januar fiel die noch immer mässig erhöhte Temperatur merklich ab, und die vierundzwanzigstündliche Harnmenge, die nach der Operation von 62 Unzen auf 26 Unzen gefallen war (Blut im Harn deutlich), stieg von 28 Unzen am 11. Januar zu 71½ Unzen am 12., was allerdings durch reichlich dargereichtes Getränk befördert wurde. Am 16. Januar wurde Vermehrung der Leberdämpfung mit spontanem und Druckschmerz beobachtet, die aber schon am 19. Januar abfiel, was kaum dem Einfluss des aufgelegten Eisbeutels zuzuschreiben ist. Von da an ging die Genesung ohne Unterbrechung von Statten. Am 29. Januar ging die letzte Ligatur ab, am 4. Februar wurde Secundärnaht gemacht, und nun ist Patientin auf und erwartet ihre baldigste Entlassung. Es ist noch hinzuzufügen, dass der Harndrang gleich nach der Entfernung der Niere nachliess, und dass der Urin jetzt sauer und ausser einer zeitweiligen Spur von Eiweiss nichts Abnormes enthält.

Der pathologische Bericht über das Präparat lautet:

Diagnose. „Acute parenchymatöse Nephritis, mit embolischen, miliaren Abscessen. Beginnende eitrige Nephritis (derjenigen Parthien die macroscopisch keine Eiterung zeigen).

Glomeruli theils normal, theils atrophisch. Im letzteren Falle die Kapseln mit granulärer Masse gefüllt, das Epithel entartet. Harncanälchen zeigen granuläre Entartung, Zellkerne nehmen Färbung nicht an. Das Epithel ist angequollen und necrotisch. Zwischen den Harncanälchen allerorts rundzellige Infiltration, ohne Vermehrung des Bindegewebes. Gefässe, mit Ausnahme der kleinen Capillaren, welche von Massen kleiner Coccen (wahrscheinlich Staphylococcus) voll-

gepropft erscheinen, normal. Färbung mit Löffler'scher Lösung macht Coccen schön sichtbar. Innerhalb der Harncanälchen ebenfalls Gruppen kurzer Stäbchen, die sich mit Löffler lebhaft färben. Allenthalben in der Rinde kleine, aber wohldefinirte Anhäufungen entarteter weisser Blutkörperchen, die als miliare Abscesse gedeutet werden müssen.

Epicritisch wäre zu sagen, dass die sechs Tage nach erfolgter Infection gemachte Nephrotomie weder dem Zerstörungsprocess Einhalt gebieten, noch das Erkrankte wirksam abdrainiren vermochte. Wäre es anders gekommen, wenn schon in den ersten 24 oder 48 Stunden operirt worden wäre?

Ein stürmisch und tödtlich auslaufender Fall doppelseitiger, aufsteigender gonorrhoischer Nephritis verdient, schon der Seltenheit halber, näher erwähnt zu werden.

Acute doppelseitige gonorrhoische Nephritis —Nephrotomie.—Tod.

Jacob Jesselowsky, 10 Jahre alt, acquirirte bei der Ueberfahrt von Europa im Zwischendeck des Dampfers eine Gonorrhoe, die bei seiner Ankunft hier am 30. April 1896 bemerkt wurde. Heftige Harnbeschwerden mit Strangurie und Fieber setzten am 15. Mai ein. Am 22. Mai, d. h. vor 8 Tagen, heftiger von starkem Brechen begleiteter Schmerz beider Lenden; vor 3 Tagen Abgang grosser Eitermengen per urethram, dem etwas Blut gefolgt war. Hohes Fieber mit häufigen Frösten seither; Harnsecretion auffallend vermindert, Harn angeblich blutig. Bei der Aufnahme am 30. Mai Abends wurde beobachtet: Cyanotischer, algider Zustand des somnolenten Patienten. Temperatur 101.4° F. Puls 130. Copiöser, eitriger Ausfluss aus der Harnröhre, aus der in kurzen Pausen blutiger, trüber Harn drachmenweise entweicht. Derselbe enthält viel Eiweiss, Eiter und Blut, ist alkalisch, hat ein spez. Gewicht von 1030. Als mir der Junge am folgenden Morgen vorgestellt wurde, fand ich neben obigem Befund beide Nieren, besonders aber die rechte, stark vergrössert, sehr druckschmerzhaft, die während der Nacht abgesonderte Harnmenge nur etwa 8 Unzen, und beschloss beide Nieren sofort aufzuschneiden. Es wurde leicht chloroformirt und die rechte Niere rasch blossgelegt. Das Nierenfett war stark ödematös, die Niere enorm vergrössert und gespannt, und als die Rinde durchschnitten wurde, blutete sie gar nicht, erschien dunkelbraun und graulich gesprenkelt, morsch, und trübes bräunlich-rothes Serum absondernd. Ebensolches

Serum entwich aus dem Nierenbecken. Drainage und Tamponade folgte, während welcher aber der Puls so schlecht wurde, dass von weiteren Schritten Abstand genommen und der Junge ins Bett gebracht werden musste. Er erholte sich vom Collaps, der vorherige Zustand aber blieb unverändert, die Harnmenge wurde geringer und geringer, und der Tod erfolgte 20 Stunden nach der Operation bei einer Temperatur von 105° F.

Die Section, gemacht von Dr. Mandlebaum am 1. Juni, ergab Folgendes:

Beide Nieren vergrössert, besonders die rechte, die das normale Mass zum Doppelten übertraf. Linke Niere stark congestionirt, und in der Unterparthie einen 4 C. C. Eiter enthaltenden Abscess bergend. — Rechte Niere in einer unzähligen Masse von Abscessen aufgegangen, die von miliaren Höhlen bis zu solchen von Kirschengrösse abwechselten. Kapsel stark haftend, Rinde stark verbreitet, eine grosse Anzahl subcapsulärer Abscesse werden bei Abstreifung der Kapsel entblöst. Im unteren Abschnitt der Niere ein grosses, zerfallenes Blutgerinnsel. — Ureteren normal, mit Ausnahme der unteren Drittel, die stark injicirt erscheinen. — Blasenwände stark verdickt, Schleimhaut haemorrhagisch. Prostata vergrössert, stark injicirt und einen 2 C.C. haltenden Abscess einschliessend. Deckglaspräparate des aus den Nieren genommenen Eiters lieferten Staphylococcen und Gonococcen in Menge. Blutserum und Serum-agarculturen desselben Eiters ergaben Gonococcus und Staphylococcus albus, — diejenigen aus der Prostata nur Staphylococcus albus. Die Culturen des Harnröhrensecrets verblieben steril, wahrscheinlich weil Patient unmittelbar vor dem Entnehmen des Secrets Harn gelassen hatte. Microscopische Schnitte beider Nieren zeigten unverkennbare Pyelo-Nephritis und prächtige Colonien von Gonococcus und Staphylococcus nach Behandlung mit Löffler'scher Lösung. Die Gonococcen entfärbten sich ohne Ausnahme, wenn sie der Gram'schen Färbung unterworfen wurden.

Epicrise. Bei solch grossartiger Invasion beider Nieren wird wohl von keinerlei späten Therapie viel erwartet werden können. Zu betonen ist aber, dass gerade wo beide Nieren zugleich befallen werden, die allerdringendste Indication zum Eingreifen vorliegt, und dass nach dieser Richtung

hin dem Chirurgen ein weites, wenig cultivirtes Feld offen steht.

Noch in einem innerhalb der mir abgesteckten Zeitperiode beobachteten Falle hatte ich Gelegenheit die hier besprochene Indicationsform aufzustellen, aber mein Wunsch zu operiren scheiterte an der Weigerung des Patienten.

Zweimalige Nephrotomie wegen Pyonephrose. — Rückfall. — Nephrectomie. — Suppressio urinae. — Tod.

An Jacob Weinstein, 35 Jahre alt, waren im Mai 1893 im Deutschen Hospital wegen Pyo-Nephrose von mir, und von Dr. Lilienthal im Mt. Sinai Hospital am 23. Februar 1895 wegen desselben Leidens Nephrotomien ausgeführt worden, die beides Mal von Ausheilung und anscheinender Genesung gefolgt wurden. Bei letzterer Operation wurde ein kleiner Stein entfernt. Bei der dritten, am 24. Februar 1896 erfolgten Aufnahme wurde eruirt, dass vor zwei Wochen die wiederholt operirte Region sehr empfindlich geworden, wobei mit starkem Schüttelfrost, Erbrechen und Fieber eingetreten sind. Strangurie und zunehmende Schmerzen brachten den Kranken nach dem Hospital, wo eine erhebliche schmerzhafte Geschwulst in der linken Lende, eine Temperatur von 100.-6° F., alkalischer Urin, der viel Eiweiss, Eiter, Phosphate und hyaline Cylinder enthielt, gefunden wurden. Vierundzwanzigstündliche Harnmenge 51 Unzen. Die Gegend der rechten Niere bot nichts abnormes und war nicht druckempfindlich. Behufs cystoscopischer Untersuchung zur Feststellung des Zustandes der rechten Niere wurde am 27. Februar die Blase ausgespült, worauf bald ein heftiger Schüttelfrost mit hohem Fieber erfolgte. Am 2. März wurde in Chloroformnarcose die alte Narbe eröffnet und die stark geschwollene Niere blosgelegt und gespalten. Sie stellte ein den Nierenkelchen entsprechendes System von mit dickem Eiter gefüllten Höhlen dar, die alle grössere und kleinere Steine enthielten. Die augenscheinlich total erkrankte Niere wurde sofort entfernt, was der Kranke gut zu vertragen schien. Am Morgen des 3. Tages trat langdauernder Schüttelfrost auf, und die bisher mässige Harnabsonderung (11 Unzen in 16 Stunden) blieb aus. Der verfallene, mit kaltem Schweiss bedeckte Patient verweigerte die Nephrotomie der rechten Niere vornehmen zu lassen, und starb komatös am 4. März bei einer Temperatur von 104.-6° F. Die durch die bestehende Wunde ent-

fernte rechte Niere war im Zustand eitriger Pyelo-Nephritis, welche aber schon längere Zeit bestanden haben mag.

Epicrise. Eine einfache Nephrotomie der linken Niere hätte wahrscheinlich das Leben des Patienten verlängert, ihn aber nicht geheilt.

Dass die Nephrotomie bei weitgediehener, multipler Vereiterung der Niere, was die Erhaltung des Organs betrifft, wenig zu leisten im Stande ist, kann ersehen werden aus folgender Geschichte:

Nierentumor mit Pyurie. — Nephrotomie und Entleerung von fünf, Steine enthaltenden Abscessen. — Heilung. — Wiederaufbruch. — Nephrotomie der Steinniere. — Heilung.

Frau Jenny Young, 40 Jahre alt, multipara, aufgenommen am 8. Mai 1896, gab an, dass sie vor 5 Jahren an Hämaturie gelitten hatte, die spontan aufhörte. Vor einem Jahre trat mit Fieber und Erbrechen Eiter im Harne auf, ohne Harnbeschwerden, der zeitweilig aber verschwand; seit 4 Monaten constante Pyurie und merkliche Abmagerung. Zugleich wurde im rechten Hypochondrium eine zunehmende, aber kaum schmerzhafte Geschwulst bemerkt, worauf Pat. von Dr. Alfred Meyer an mich gewiesen ward. Ich fand bei der etwas abgemagerten Frau eine derbe, kaum fluctuirende Geschwulst der Lendengegend, die weit ins Hypochondrium vorragte, und das Quercolon nach vorne und unten verschoben hatte. Der Harn war reichlich, sauer, von 1016 spez. Gewicht, enthielt grosse Mengen Eiter und wenig Eiweiss. Die am 10. Mai vorgenommene Cystoscopie ergab: Eine völlig normale, blasse Blasenschleimhaut; aus der gerötheten rechten Ureteröffnung quoll bei passender Massage des Ureters ein consistenter Eitercylinder hervor. Der normal aussehende linke Ureter wurde nach Kelly catheterisirt. Die gewonnene, 16 Gramm betragende Harnmenge enthielt spärliche Eiterzellen und Spuren von Eiweiss, somit war die linke Niere nicht gesund, obzwar nicht schwer compromittirt.

Am 15. Mai wurde die rechte Niere blosgelegt und gespalten, wobei aus dem Nierenbecken und aus vier Nierenkelchen dicke Eitermassen und mehrere zackige Uratsteine entleert wurden. Drainage und Verband folgten in gewöhnlicher Weise. Es kam geringe Reaction, die Secretion nahm rasch ab, und am 18. Juli wurde Patientin mit fast geschlossener Wunde und bei zunehmendem Wohlsein entlassen. Am 7.

October erfuhr ich, dass die völlig verheilte Wunde vor acht Tagen wieder aufgegangen war, wobei viel Eiter ausfloss. Ich fand die Geschwulst bedeutend geschrumpft, schmerzlos, aber deutlich abtastbar, den Allgemeinzustand der Frau vortrefflich, den Harn noch immer sauer und viel Eiter enthaltend, aber reichlich, und rieth der Frau zur Entfernung der Niere, die am 22. October glatt vor sich ging. Die von der Nephrotomie nicht betroffenen Stellen des Organs enthielten noch sechs kleinere und grössere theilweise mit Steinen gefüllte Abscesse, das Nierenparenchym war blass und zu dünner Membran eingeschrumpft. Schon am 27. October war der immer reichliche Harn fast ganz klar, obzwar er fortfuhr microscopische Mengen Eiters zu enthalten. Am 20. November ging die Massenligatur des Stieles ab, und am 15. December wurde Patientin geheilt entlassen.

Epicrise. Es wurde trotz, oder besser gesagt, wegen der zugleich bestehenden leichten Pyelitis der linken Niere zur Nephrotomie geschritten, da anzunehmen war, dass das Beherbergen des nutzlosen und inficirten Organes eine ernste Bedrohung der nur leicht erkrankten linken Niere bedeutete.

In vielen Zügen diesem ähnlich war der folgende Fall; nur war er insoferne viel ernster, als der Zustand länger bestanden und erschreckenden Marasmus verursacht hatte:

Zehnjährige eiterige Steinniere rechts. — Cystoscopie. — Nephrectomie. — Heilung.

Der am 13. October aus dem Süden zugereiste E. W. Austin, 38 Jahre alt, gab an, dass vor 12 Jahren an ihm wegen eines hartnäckigen Nachtrippers eine innere Urethrotomie vorgenommen wurde, welcher sich unmittelbar ein heftiger Blasencatarrh anschloss, den er nie ganz los wurde. Seit 10 Jahren litt er an periodischen Attacken heftiger rechtsseitiger Nierenkolik, während welcher Schüttelfröste und blutiger Harn die Regel waren. Trotz starkem Appetit magerte er allmälig bis zum Skelett ab, litt seit 10 Wochen, d. h. seitdem der Harn übelriechend geworden, an fortwährendem Fieber, Nachtschweissen und Lendenschmerz, der nach Blase und Hoden ausstrahlend, das häufige Harnen immer einleitete. Die physikalische Untersuchung ergab excessive Abmagerung und leichtes Oedem der Füsse, sonst normale Verhältnisse, einen guten, mässig beschleunigten Puls,

in der rechten Lende einen grossen, derben, druckschmerzhaften Tumor, der bis zum Niveau des Nabels und zur Mittellinie vorragte. Urin stinkend, aber sauer, viel Eiter, etwas Blut und Massen von Detritus enthaltend; die vierundzwanzigstündliche Menge etwa 50 Unzen. Die Temperatur Morgens 100.-2° F. mit abendlicher mässiger Steigerung. Bei der am 14. October vorgenommenen Cystoscopie fand sich mässige Injection der Trigonum, besonders in der Nähe der rechten Uretermündung, aus der dicke Eiterpfropfen hervortretend beobachtet wurden. In kurzen Intervallen sah man klare Flüssigkeit aus dem linken Ureter hervorsprudeln. Vom Catheterismus des Ureters wurde Abstand genommen. Die linke Niere war nicht abtastbar. Am 15. October 1896 wurde in Chloroformnarcose die Geschwulst blosgelegt und aus ihren seitlichen Verbindungen leicht gelöst. Sie stellte einen dünnwandigen Sack dar, aus dem die Nadel stinkenden Eiter hervorholte, und in welchem eine Anzahl von Concrementen deutlich fühlbar waren. Die Farbe der Cortex war auffallend blass, fast weiss. Das augenscheinlich nutzlose Organ wurde nun vor einer Massenligatur abgetragen und die Wunde wie üblich verbunden. In den ersten 24 Stunden wurden wenig Eiter- und deutliche Blutmengen enthaltende 50 Unzen Urin entleert. Vom 18. October an war die Temperatur normal geworden, und bei reichlicher, immer saurer Harnabsonderung und lebhaftem, häufig befriedigtem Appetit folgte rasche Heilung und Genesung, so dass der Patient am 15. November geheilt in die Heimath zurückkehren konnte, nachdem er seit der Operation 34 Pfund an Körpergewicht zugenommen hatte.

Schlussbemerkungen.

Der chirurgische Grundsatz, bei acuten, die Integrität eines Organs bedrohenden Eiterungsprocessen nach früher Diagnose für rechtzeitige, d. h. frühe Entspannung und Entleerung zu sorgen, muss auf die Niere auch Anwendung finden. Hierdurch wird das Vorgehen ein wahrlich c o n s e r v a t i v e s, d. h. auf die Erhaltung der Functionsfähigkeit des Organs gerichtetes. Die in den Frühstadien der Infection geübte Nephrotomie ist ziemlich gefahrlos, und soll viel häufiger wie bisher geäbt werden, wenn eine Infectionsquelle vorhanden ist und Eiterfieber, Nierenschwellung mit abnehmender Ausscheidung zugegen sind.

Was die Indicationsfrage für die Nephrotomie bei acuter, nicht eitriger Nephritis anbelangt, so beantwortet dieselbe Reginald Harrison bestimmt in bejahendem Sinne, sobald Schwellung und intrarenale Druckerscheinungen nachweisbar sind. In drei, respective bei Scharlach, bei Influenza und nach Durchnässung eingetretenen Fällen acuter Nephritis mit bedeutender Schwellung und Schmerzhaftigkeit je einer Niere hat er die Nephrotomie ausgeführt, und rasche, dauernde Heilung der Albuminurie beobachtet. Mir selbst fehlt einschlägiges Material, und ich erwähne diese Fälle nur der Vollständigkeit wegen und als Anregung zu weiterem Bestreben.

Neoplasmen der Niere.

Wegen Neubildungen der Niere wurde dieselbe in der hier behandelten Periode zweimal mit Glück entfernt. Leider blieb in dem einen Falle das Recidiv nicht aus.

Alvesolar-Sarcom der rechten Niere. — Exstirpation. — Heilung. — Recidiv.

Dora Goldberg, 5½ Jahre alt, wurde am 13. Mai 1896 im Mt. Sinai Hospital aufgenommen. Die Mutter gab an, dass das bishin gesunde Kind vor 6 Wochen über Schmerzen in der rechten Lende zu klagen anfing, wo bald eine „Härte" bemerkt wurde. Harnbeschwerden kamen nicht vor, nur wurde die Kranke blass und magerte etwas ab. Bei der Aufnahme wurde ein grosser, glatter, das ganze rechte Hypochondrium bis auf die Darmbeinschaufel hinunter, und vier Finger breit über die Medianlinie hinaus einnehmender, wenig beweglicher Tumor gefunden, an dessen unterem und medialem Rande das Colon durch Aufblähen nachgewiesen werden konnte. Durch Percussion konnte die Geschwulst nicht von der Leber differenzirt werden. Der Harn war absolut normal, die anderen Organe anscheinend gesund. Am 19. Mai wurde chloroformirt und die Geschwulst mittelst eines vom Quadratus lumborum bis einige Zoll über die Bauchmitte reichenden Schrägschnittes blosgelegt. Die Bauchhöhle wurde eröffnet, und die Därme unter einer Verpackung versorgt. Hierauf wurde sofort zum Stiel vorgedrungen, der Ureter durchtrennt und dann die Gefässe unterbunden. Eine handbreite Parthie des mit der Geschwulst verwachsenen Peritoneums wurde mit weggenommen. Den schwierigsten Theil der Operation machte das Herauslösen der oberen Theile der Masse

aus ihren Verwachsungen mit der unteren Leberfläche aus, die lebhaft blutete. Eine Anzahl grösserer Venenlumina mussten mit Tampons comprimirt werden, da Schieber nicht hielten, und zu Umstechungen keine Zeit war. Nach Herausbeförderung der Niere lag die Vena cava in einer Länge von etwa 6 Zoll entblöst vor. Ein starkes Venenlumen, das einem glatt von ihr abgerissenen Zuflussrohr angehört hatte, wurde gefasst und lineär genäht. An dem stark collabirten Kinde wurde der Peritonealdefect rasch durch Naht verkleinert, denn geschlossen konnte er nicht werden, dann wurde die äussere Wunde durch Plattennähte theilweise geschlossen und die grosse Höhle fest ausgestopft. Währenddem wurden 1000 Gramm Salzlösung infundirt, was Dr. Lilienthal vortrefflich besorgte, so dass keine Zeit verloren ging. Mit fadenförmigem Puls wurde die Kranke zu Bett gebracht, und drohende Collapsanfälle mussten wiederholt energisch bekämpft werden. Am 20. und 21. Mai war die Harnmenge vermindert und enthielt Eiweiss, doch kein Blut, was auf die Congestion der linken Niere zu schreiben war. Stühle gingen unwillkürlich ab, und der Zustand des Kindes verblieb recht kritisch bis zum 15. Juli, wo eine merkliche Besserung sich einstellte. Das Kind nahm und behielt trotz der ausgedehnten Invasion der Bauchhöhle die Nahrung, und dem Umstand ist wohl zuzuschreiben, dass sie genas. Die genähten Theile heilten per primam, die grosse Höhle füllte sich allmälig, während das Allgemeinbefinden sich zusehends hob, und am 6. September wurde die Patientin geheilt entlassen. Leider wurde sie mir Ende November schon mit einer der unteren Leberoberfläche innig anliegenden Recidivgeschwulst vorgestellt, die inoperabel war. Im December erlag sie.

Folgt Vorstellung des Präparats, das ein Alveolarsarcom ist.

Epicrise. Die Entfernung der ausnehmend grossen und mit der Umgebung mehr oder minder enge verwachsenen Geschwulst war nur möglich, indem zuerst, d. h. so frühe als möglich die Hauptquelle der Blutung, d. h. die renalen Gefässe unterbunden wurden.

Pyelitis. — Endotheliom der rechten Niere. — Häufige Nierenblutung. — Cystoskopie. — Exstirpation. — Heilung.

Isidor Dubrin, 44 Jahre alter Hausirer, litt seit 8 Monaten an sich häufig wiederholender profuser Hämaturie, die

auch mit geringfügigen Traumen nicht in Beziehung gebracht werden konnte. Schon im October wurde ihm, da eine Geschwulst vorlag, eine Operation angerathen, die er aber ablehnte. Bei der Aufnahme am 19. Januar 1897 fand sich an dem wohlentwickelten aber leicht abgemagerten und etwas anämischen Manne eine zweifaustgrosse, gut bewegliche, bei Druck wenig empfindliche glatte Geschwulst, die retroperitoneal liegend die rechte Lende einnahm. Alle anderen Organe ergaben nichts abnormes. Der Harn, in genügender Menge abgesondert, war sauer, hatte ein spez. Gewicht von 1021, und enthielt viel Eiter, spärliche rothe Blutkörperchen und zähen Schleim. Die linke Niere konnte nicht palpirt werden. Bei der am 22. Januar vorgenommenen Cystoscopie fand man eine normal aussehende Blasenschleimhaut, und beobachtete bei Massage entlang des rechten Ureters den Austritt eines cylindrischen Pfropfes aus seiner Oeffnung. Das mit der Irrigationsflüssigkeit aus der Blase entwichene Material bestand aus Eiter, Schleim und Blut. Dann wurde noch einmal ausgewaschen, und das Hervorquellen klarer Flüssigkeit aus dem linken Ureter wiederholt gesehen, so dass mit grosser Wahrscheinlichkeit anzunehmen war, dass die linke Niere ausreichend functionirte. Am 26. Januar wurde in Chloroformnarcose die erkrankte Niere aus einem Schrägschnitt rasch und leicht entfernt. Die Wunde wurde zum grössten Theil genäht. Schon am Tage darauf war der Urin eiterfrei, enthielt aber noch Spuren von Blut. Die Harnsecretion verblieb genügend, und die Heilung nahm einen fieberlosen Verlauf. Heute, am 24. Februar, ist die Wunde fast ganz verheilt, und der Patient erfreut sich des besten Wohlseins.

Der pathologische Bericht über das Präparat lautet: Ausgesprochene alveoläre Anordnung der Sarcomelemente, die deutlich aus dem Endothel der kleineren Blutgefässe entstammen.

Technische Bemerkungen.

Der ziemlich weit nach vorne ausgedehnte Schrägschnitt wurde dem Simon'schen Verticalschnitt entschieden vorgezogen, da er bedeutend mehr Raum giebt, die Uebersicht des Peritoneums und das Auffinden des Ureters sehr erleichtert und es möglich macht, auch grössere Geschwülste oder eine hochgelegene Niere ohne Rippenresection aufzudecken und zugänglich zu machen. Durch Ablösung des Peritoneums

kann man auch die Nierengefässe rasch auffinden, was, wenn möglich, bei der Entfernung grosser Nierengeschwülste vor dem Herausschälen derselben geschehen soll, da dadurch die Blutung besser beherrscht wird. Die durchtrennten Bauchmuskeln können in dem vorderen Abschnitt der Wunde nach Umständen entweder primär, oder mittelst durchgreifender Plattennähte secundär geschlossen werden, was genügt um Hernien zu verhüten. Ausser wo es in aseptischer Wunde gelingt Gefässe und Ureter einzeln mit Catgut zu unterbinden, empfiehlt sich eine gründliche Tamponade mit hydrophiler Gaze, nach deren Entfernung und bei gutem Zustand der Wunde eine Secundärnaht die Heilungsdauer wesentlich abkürzen wird. Zur Massenligatur eines voluminösen Stieles eignet sich der elastische Gummistrang, der gewöhnlich rasch durchschneidet. Sobald die Wunde allenthalben granulirt und Contraction wahrnehmbar ist, soll man die Patienten zum Verlassen des Bettes anhalten.

Statistisches.

In der Periode vom 21. Mai 1895 bis zum 1. Februar 1897 sind wegen Erkrankungen der Niere und deren Adnexa in der chirurgischen Abtheilung des Mount Sinai Hospitals dreizehn Patienten zur Behandlung gekommen. Ausgeführt wurden an diesen

Ureterplastik	1 Mal
Ureterexstirpation	1 Mal
Nephrotomie	6 Mal
Nephrectomie	7 Mal
Hiervon sind genesen, geheilt	10
Hiervon sind genesen, gebessert	1
Gestorben	2

Die Todesfälle erfolgten: Einmal nach Nephrotomie (doppelseitige gonorrhoische Nephritis), das andere Mal nach Nephrectomie einer Steinniere an acuter Pyelo-Nephritis der anderen Niere.

34 East 75th Str.

Referate und Kritiken.

The Diseases of Infancy and Childhood. By L. Emmett Holt, A. M., M. D. Prof. of Diseases of Children in the New York Polyclinic, etc., With Two Hundred and Four Illustrations. New York, D. Appleton & Co., 1897.

Unter den Amerikanern findet man verhältnissmässig viele gute Redner. Die Ursache dieser Erscheinung ist weniger in natürlicher Anlage, als in dem frühzeitigen systematischen Unterricht in der Redekunst in den höheren Schulen und in dem frühen Interesse der Jugend für politische Streitfragen zu suchen. Vom Vielreden zum Vielschreiben ist nur ein Schritt, der allerdings oft verhängnissvoll für das Endurtheil über die Auslassung wird. Manches hört sich gut an, was gelesen als werthlos erkannt wird. Andere Schriftsteller haben wiederum das Talent mit vielen Worten so wenig zu sagen, dass das Studium eines derartig geschriebenen Lehrbuches z. B. eine nicht zu verachtende Geistesübung ist, vorausgesetzt, dass man mühsam nach Thatsachen und positiven Ansichten sucht. Derartig geschriebene, an Walter Scott's Romane erinnernde, Lehrbücher der Medicin, haben wir in englischer Sprache genug gehabt. Sie haben sich überlebt, z. T. weil im Kampf um's Dasein auch die Zeit des praktischen Arztes jetzt kürzer bemessen ist wie früher, und zum Theil weil durch die Errungenschaften der letzten Jahrzehnte mehr Positives geliefert wurde, als in ebenso viel Jahrhunderten vorher. Trotzdem ist es jetzt wohl schwerer geworden ein gutes Lehrbuch der Kinderheilkunde zu schreiben als früher, da die Fachkenntniss des Autors grösser und ausgedehnter, und die Handhabung des Stoffes kürzer gefasst und doch erschöpfend sein müssen, denn es ist wesentlich leichter sich langathmig und schwerverständlich, als wie wortkarg und klar auszuschreiben.

Holt ist es gelungen ein Lehrbuch der Kinderheilkunde zu liefern, das nicht allein dem heutigen Stand der Wissenschaft entspricht, sondern auch seine Gedanken derartig auszudrücken, dass, wo immer auch man liest, das Interesse sofort eregt wird, und je weiter man gelangt, desto deutlicher die Fachkenntniss und knappe, sachliche Schreibweise des Autors Anerkennung finden müssen. Verglichen mit deutschen Werken erscheint Manches betont, was dort als selbstverständlich bekannt kaum erwähnt würde, aber man muss daran denken, dass dieses Buch für amerikanische Aerzte geschrieben wurde, deren Bildungsgrad unter sich sehr verschieden ist, und aus dem Eindringen in practische Einzelheiten erkennt man sofort den erfahrenen amerikanischen Kliniker, der nicht allein seiner Wissenschaft, sondern auch dem Fassungsvermögen der schlechtgeschultesten, westlichsten und südlichsten Landärzte gerecht werden will. Einige der Illustrationen sind überflüssig, die grosse Mehrzahl derselben aber sind werthvoll ob ihrer Anschaulichkeit und klaren Wiedergabe des Gegenstandes. Literaturangaben sind nur spärlich vorhanden und darüber liesse sich rechten, namentlich weil nicht ersichtlich ist, warum öfter unwichtigere Artikel Erwähnung finden, während werthvollere Arbeiten ver-

wendet aber nicht genannt wurden. Allerdings hat der Verfasser sich bemüht, die jedem amerikanischen Arzt zugängliche Literatur anzugeben, trotzdem wäre es für viele Leser lehrreich gewesen zu erfahren, dass die Originalforschungen der Neuzeit auch dem Ausland entstammen, denn der internationale Character der Medicin wäre dadurch besser in dem Buch zur Geltung gekommen.

Die ersten drei Kapitel über „Hygiene", „Wachsthum und Entwickelung" und „Krankheitseigenthümlichkeiten bei Kindern" sind von besonderem Interesse. Aus dem letzten dieser Abschnitte, dem werthvollsten, sollen hier folgende Citate entnommen werden: „Die Krankheiten der Kinder sind nicht eigenthümlich, sondern die Kranken"; „zweifellos haben kranke Kinder in der Vergangenheit viel durch übereifriges Behandeln leiden müssen, namentlich durch Arzneieingeben. Es ist ein gewöhnlicher Fehler den Werth guter Pflege, sorgfältiger Fütterung und rationeller Stimulation zu unterschätzen, und die wohlthätige Wirkung der Medicamente zu überschätzen. Unnöthige Medication sollte sorgfältig vermieden werden, damit die Magenthätigkeit nicht gestört werde." Diese Sätze sollte jeder Arzt sich tagtäglich in's Gedächtniss rufen. Nicht übereinstimmen kann Referent mit der Behauptung, dass „Alcohol selbst von sehr jungen Säuglingen gut ertragen wird." Die gewöhnlichste Behandlung mancher Aerzte besteht darin, kranken Kindern Arznei und Brandy in Wasser zu verordnen. Der Schnapps dient da als Stellvertreter und Deckmantel für alle unterbliebenen diätetischen hygienischen Anordnungen. Als Herzstärker soll er dem Kind die Krankheit erträglicher machen. Statt dessen bedarf das Herz des Kindes der Stärkung viel seltener als wie die Gewissenhaftigkeit des Arztes, und die Verdauungsfähigkeit wird durch allen Alcohol herabgesetzt, diese aber bei acuten Krankheiten zu erhalten, ist die Hälfte erfolgreicher Behandlung.

Leberthran wird als bestes Tonicum gepriesen, soll aber nie bei schlechter Verdauung und belegter Zunge gegeben werden. Bei guter Verdauung ist geeignete Nahrung das beste Tonicum, und Leberthran daher überflüssig.

Unter den modernen Antipyreticis zieht Holt das Phenacetin vor, obgleich es schlecht löslich ist. Die vom Referenten vor 7 Jahren vorgeschlagene rectale Eingabe des Antipyrin und dessen prompte Wirkung auch bei Convulsionen, scheint Verfasser nicht zu kennen. Allerdings muss man da statt 0,06 schon 0,7 (in 1 Theel. Wasser) geben um prompte Wirkung zu erhalten (bei Kindern unter 2 Jahren).

Bei der künstlichen Ernährung der Säuglinge vermisst Referent die Angabe einfacher Methoden der Sterilisirung und Verdünnung der Kuhmilch. Ebenso wird die Aetiologie der Gastro-Enteritis nicht deutlich genug auf Schmutzinfection der Milch zurückgeführt.

Derartige Aussetzungen liessen sich noch mehrere machen, die angeführten sollen nur zeigen, dass Referent durchaus nicht nur Lobenswerthes hier gefunden hat.

Einzelne Kapitel sind mit besonderer Vorliebe behandelt worden, theils weil Holt bei den Gegenständen selbst wissenschaftlich mitgearbeitet hat (wie bei der Pathologie der Gastro-Enteritis und den catarrhalischen und croupösen Säuglingspneumonien), theils weil er als Prak-

tiker die Wichtigkeit einzelner Gegenstände höher anschlägt als die anderer. So bespricht er die Diphtherie auf 57 und den Abdominaltyphus nur auf 9 Seiten. Das ist nur zu loben, denn Holt hat auf den 57 Seiten so ziemlich Alles wiedergegeben, was wir heute über die Pathologie und Therapie der Krankheit wissen. Die bacteriologische Diagnose wird bildlich und schriftlich auf 4 Seiten zum ersten Mal in einem englischen Lehrbuch würdig behandelt, und der Serumbehandlung widmet der Verfasser allein 15 Druckseiten. Ohne sich in irgend welche Polemik einzulassen, zeigt Holt mit den fleissig zusammengebrachten Thatsachen und Zahlen die Entwickelungsgeschichte und den grossen Werth der Serumtherapie. Hier, wo ein Winters in New York, und ein Hanswurstblatt wie der „Medical Brief" in St. Louis, Tausende von Aerzten davon abhalten kann Behring's Serum auch nur bei einem Diphtheriekranken anzuwenden, ist eine derartige Besprechung von doppeltem Wetrth.

Ein weiteres Eingehen in Einzelheiten wäre zwecklos. Das Erwähnte genügt wohl um zu beweisen, dass wir es hier mit einem durch und durch modernen Buch zu thun haben. Jeder Arzt wird ihm Neues darin finden, denn manche wissenschaftliche Thatsache wurde von Holt selbst ausgearbeitet, um hier zuerst veröffentlicht zu werden.

Als Ganzes betrachtet ist dieses das beste Lehrbuch der Kinderheilkunde in englischer Sprache, das dem Referenten bekannt ist.

Seibert.

Nervöse Zustände und ihre psychische Behandlung. Von O. Rosenbach. Berlin, Fischer's medic. Buchhandlung. 1897.

Die vorliegende kleine Schrift enthält eine Sammlung einzelner bereits vor längerer Zeit (1886—1896) veröffentlichter Aufsätze. Dieselben repräsentiren zwar kein systematisches Ganzes, lassen jedoch insofern eine gewisse Einheitlichkeit erkennen, als der Verfasser von verschiedenen Gesichtspunkten aus und auf Grund unterschiedlicher Beobachtungen dieselben Prinzipien zu verfechten sich bemüht. Bei der Betrachtung einiger functioneller Nervenstörungen, wie nervösem Husten, hysterischem Luftschlucken, respiratorischem Plätschern im Magen, hysterischer Aphonie etc. kommt es dem Verf. besonders darauf an, die psychogene Natur dieser Leiden nachzuweisen und dadurch die sich daraus ergebenden Principien für die Behandlung hervorzuheben. Ganz besondere Aufmerksamkeit ist den therapeutischen Proceduren der sogenannten Hypnose gewidmet, denen am Schluss noch eine kleine Arbeit: „Der Mechanismus des Schlafes und die therapeutische Bedeutung der Hypnose" beigefügt ist. Wenn es bei dem gegenwärtigen Stand unserer Kenntniss der funktionellen Nervenerkrankungen auch keiner „energischen Reaction gegen die anatomische Richtung der Medicin" bedarf, so werden wir doch jeden Beitrag zur Klärung dieses noch immerhin dunklen Gebietes mit Freuden begrüssen, und der Leser wird in den Arbeiten R.'s manches Interessante und anregende finden.

Wm. Hirsch.

SITZUNGSBERICHTE.

Deutsche Medicinische Gesellschaft in New York.

17 West 43. Strasse.—Sitzung vom 1. Februar 1897.

Präsident Dr. W. Freudenthal eröffnet die Sitzung um 8 Uhr 15 Minuten.

Sekretär Dr. J. A. Beuermann verliest das Protokoll der letzten Versammlung. Dasselbe wird unverändert angenommen.

Dr. Beuermann verliest ferner das Protokoll der Verwaltungsrathssitzung vom 8. Januar 1897.

Präs. Dr. W. Freudenthal: Es liegt uns also ein Antrag des Verwaltungsrathes vor, der im wesentlichen aber unsere bisherigen Gepflogenheiten deckt, dahingehend, dass das Aufnahme-Komitee das Recht hat, jemand nicht zu empfehlen. Da niemand dazu ums Wort bittet, so lasse ich jetzt darüber abstimmen. Ich bitte diejenigen Herren, die für den Antrag sind, „ja" zu sagen. (Geschieht). Der Antrag ist angenommen.

VORSTELLUNG VON PATIENTEN.

a) Dr. A. Herzfeld: Fall von Pseudoleukämie. Behandlung durch subkutane Arseneinspritzungen. (Liest).

Discussion.

Dr. Moschcowitz: Bei der Vorstellung dieses Falles kommen drei verschiedene Punkte in Betracht. 1. Soll dies ein geheilter Fall von Pseudoleukämie sein, was sicherlich eher die Ausnahme als die Regel ist; 2. Die Behandlungsmethode mit subcutanen Injectionen von Arsenik; und 3. Ein vielleicht geringer Punkt, die Schmerzhaftigkeit der Injection.

College Dr. Herzfeld entschuldigte sich schon, dass die Behandlungsdauer eine kurze ist, und das wird ihm jeder zugestehen. Ich hatte vor kurzem das Vergnügen, bei einer anderen Gelegenheit einen wahrscheinlich geheilten Fall von Pseudoleukämie vorzustellen mit interner Darreichung von Arsenik. Ich stellte damals den Fall als wahrscheinlich geheilt vor; aber die Herren, die den Fall sahen, prophezeiten mir, dass derselbe sich verschlechtern werde, was auch geschah. Kurze Zeit nachher wurden trotz weiterer Gaben von Arsenik bei diesem Kinde — es war ein 7-jähriges Kind — die Drüsen grösser und grösser, und der kleine Knabe ist in einem so elenden Zustande wie er vor der Arsenbehandlung gewesen ist.

Der zweite Punkt ist die neue Behandlungsmethode mit subcutaner Injection von Arsenik. Ich habe diese Einspritzung nur ein einziges Mal gemacht, nicht mit der Lösung, welche Prof. von Ziemssen vorgeschlagen. Ich kannte die Formel nicht genau und konnte sie nicht gut nachlesen. Ich machte damals eine Lösung von Arsenik und neutralisirte sie bei der Einspritzung mit einer 10-prozentigen Lösung von Natr. caust. Es war dasselbe Kind, und ich gab ihm eine Einspritzung. Das Kind klagte sehr über Schmerzen, die zwei bis drei

Tage dauerten. Nach Erfahrungen, die ich früher mit intravenösen Einspritzungen bei der Tuberculose mit Zimmtsäure gemacht habe, bei der Lues mit intravenösen Einspritzungen von Sublimat und auch in einem Falle von Malaria mit intravenösen Einspritzungen von Chinin, entschloss ich mich auch bei diesem Kinde zu intravenöser Einspritzung. Ich machte eine einzige Einspritzung, selbstverständlich unter aseptischen Kautelen, auch nicht mit der von Ziemssen vorgeschlagenen Lösung, sondern mit einer Lösung von Arsensäure, welche später mit Natrium causticum neutralisirt wurde; und ich kann sagen, dass diese Einspritzung bei dem kranken, wehleidigen Kinde doch sehr gut gelang. Das Kind hatte nicht die geringsten Schmerzen. Es war blos eine Leinbinde angelegt worden, und die wurde eine Stunde nachher entfernt. Von einer einzigen Einspritzung weiss ich, sollte man nicht viel fordern, sie machte auf den Gesundheitszustand des Kindes aber auch nicht den geringsten Eindruck. Aeusserer Verhältnisse halber war ich gezwungen, das Kind ins Hospital zu schicken, wo dasselbe ausser meinem Bereich war, so dass ich mit den intravenösen Einspritzungen nicht fortfahren konnte. So viel ist aber sicher, dass Einspritzungen von Arsenik sehr leicht und ohne irgend welche Schmerzen intravenös ausführbar sind; sie haben den zweiten Vortheil einer raschen Wirkung, den dritten Vortheil der äusserst geringen exacten Dosis und viertens den Vortheil der sicherlich ausschliessbaren Gefahr von Vergiftung.

Dr. Herzfeld (Schlusswort): Ich möchte Herrn Dr. Moschcowitz bemerken, dass die Beobachtungsdauer allerdings eine kurze war, doch der eclatante Erfolg hatte mich bewogen diesen Fall vorzustellen. In den von Ziemssen in dem Deutschen Archiv für klin. Med. beschriebenen Fällen ist allerdings bei langer Behandlung eine vollständige Heilung mit dieser Methode eingetreten. Ferner hat Dr. Katzenberg im Jahre 1895 im Deutschen Archiv für klin. Med. ebenfalls einen Fall beschrieben mit vollständiger Heilung, ein Fall, der diesem sehr ähnlich ist.

Was die Schmerzhaftigkeit bei den Injectionen anbetrifft, so ist dies individuell; der Patient ist ein Neurastheniker, während bei einem anderen Patienten absolut keine Schmerzempfindung vorhanden war in 31 Einspritzungen.

Was die subcutane Anwendung von Arsenik anbetrifft in Verbindung mit normaler Natronlauge, so ist das auf jedem Fall der Liquor Fowleri der Pharmacopœ vorzuziehen, und zwar, weil die Art und Weise der Anfertigung und Präservirung des Liquor Fowleri in den Apotheken nicht den Anforderungen einer subcutanen Methode entspricht. Von Ziemssen hat viele Präparate von Liquor Fowleri untersucht und in einer grossen Anzahl derselben Schimmelpilze gefunden. Deshalb hatte ich mich damals sofort für diese Behandlung entschieden.

b) Dr. Louis Fischer: Onanie bei einem 14-monatlichen Kinde.

Dieses Kind wurde vor ungefähr zwei Wochen nach dem Deutschen Dispensary der Westseite gebracht. Bei der Untersuchung fand man eine normale Temperatur, keine Rhachitis, ein ziemlich gut entwickeltes Kind, mit guter Muskulatur. Man merkte blos, dass das Kind

ab und zu sehr rothe Wangen hatte und fortwährend die Hände an die Genitalien hält. Das Kind hält ausserdem die Oberschenkel fortwährend zusammen und reibt sie aneinander. Auch war ein rhythmisches Wiegen des Oberkörpers in sitzender Stellung zu beobachten. Das Kind war sonst, wenn man zu ihm sprach, fortwährend ruhig, und diese Anfälle hörten plötzlich auf; die Anfälle kommen meist wenn das Kind im Schoss der Mutter ist oder auf dem Bett oder auf dem Fussboden liegt. Nach einem solchen Anfall schläft das Kind gewöhnlich ein und schläft dann ein bis zwei Stunden von Ermattung. Ich habe das Kind letzte Woche zu Dr. Garrigues geschickt, der mir folgendes schrieb: „An der Innenseite der Labia majora war etwas Unreinlichkeit angesammelt. Die Genitalien waren normal, nur war die Oeffnung der Vorhaut eine sehr kleine. Die Eichel war auch klein und konnte nicht entblösst werden."

Das Kind hat eine fortwährende Entzündung an den äusseren Genitalien, und dadurch wird ein continuirlicher Reiz hervorgerufen, so dass das Kind onanirt. Ich habe versucht, mittelst Sitzbäder, Reinlichkeit und Medikamenten diesen Zustand zu beseitigen, habe aber vorläufig keine Besserung erzielt. Dr. Garrigues schlug vor, dass man die Genitalien direct behandeln müsse, und zwar durch eine radicale Operation — Clitoridectomie, und ich wollte mir nur erlauben, den Fall, bevor dies geschieht, hier zu demonstriren. Vielleicht stelle ich diesen Fall später noch einmal vor, nachdem ich das Resultat der Operation geprüft habe.

c) Dr. Max Toeplitz: Zwei Fälle von Heilung chronischer Mittelohreiterung durch die radicale Eröffnung sämmtlicher Mittelohrräume.

Die beiden Patienten, die ich mir hiermit vorzustellen erlaube, gehören zu einer Serie von Fällen, die ich im New York Ophthalmic and Aural Institute in den letzten zwei Jahren operirt habe. Der Fall des ersten Patienten, der jetzt 48 Jahre alt ist, bietet folgende Geschichte dar: Der Patient hatte im 12. Lebensjahr Scharlach durchgemacht und war deshalb in London behandelt worden. Nachdem er das Hospital verlassen hatte, bestand noch geringer Ausfluss aus dem linken Ohre fort. Vor etwa 18 Jahren wurde er im Ophth. and Aural Institute wegen einer Exacerbation dieser Ohreneiterung behandelt, die er sich beim Baden zugezogen. Die acute Entzündung ging vorüber, die Eiterung bestand aber immer weiter fort. Etwa im April vorigen Jahres bekam er wieder eine Exacerbation, und zwar so heftig, dass er eine Schwellung der Warzenfortsatzspitze zeigte, ferner äusserste Schmerzhaftigkeit der gesammten Ohrgegend, besonders bei Berührung; dabei fand sich, dass die Ohreneiterung aufgehört hatte, aber die Schmerzen waren ausserordentlich heftig. Er hatte eine Temperatur von 100 und Puls 100. Das Ohr zeigte bei der Untersuchung eine Schwellung der hinteren und oberen Wand des äusseren Gehörgangs, ferner sehr geringe Eiterung, auf Sondirung kratzendes Geräusch in der Tiefe des Mittelohrs, besonders aber an der Hinterwand. Auf Eisbehandlung und Einschnitt in diese Schwellung im äusseren Gehörgang gingen die Beschwerden vorüber, aber da der Ausfluss übel roch und der Patient sehr starke Kopfschmerzen über

Scheitel und Hinterkopf hatte und er von diesem Leiden, das 35 Jahre gedauert hatte, befreit werden musste, da er arbeitsunfähig war, so entschloss ich mich zur Operation. Ich löste das Ohr ab, eröffnete den Warzenfortsatz, ging in das Antrum ein, löste den äusseren Gehörgang ab, schlug da die Verbindung zwischen Mittelohr und Antrum durch und transplantirte den äusseren Gehörgang in diese Oeffnung hinein. Der Patient erholte sich nicht sofort von der Operation, wie das sonst bei uncomplizirten Fällen der Fall ist, sondern der Geruch blieb bestehen und bestand beinahe vier Monate. Dabei zeigte es sich, dass eine Caries vorhanden war, die ich durch Behandlung mit concentrirten Säuren angriff. Im Juli lösten sich dann durch die äussere Wunde zwei Sequester los, und im August ein grosser Sequester von der Grösse eines Backzahns. Drei Wochen nach Entfernung des letzten Sequesters hatte die Eiterung aufgehört, das Mittelohr sich überhäutet und, abgesehen von einer Fistelöffnung hinter dem Ohr, war der Patient nach fünfmonatlicher Behandlung vollständig geheilt. Er hat seitdem absolut keine Beschwerden.

Den zweiten Fall habe ich im August 1896 operirt. Die Patientin hatte mit sechs Jahren nach den Masern eine Eiterung im linken Ohre bekommen. Sie kam im September 1895 auf meine Abtheilung, nachdem sie bereits vorher erfolglos behandelt worden war, und ich beobachtete sie ungefähr ¾ Jahre lang, ohne irgend welche Besserung zu erzielen. Auch in diesem Fall bestand äusserst übler Geruch, und man konnte mit der Sonde eine Caries der Hinterwand constatiren. Von den Knöchelchen war keine Spur zu sehen noch zu fühlen. Die Patientin klagte, dass sie vollständig arbeitsunfähig sei. So lange sie zurückdenken konnte, litt sie an äusserst heftigen Kopfschmerzen, besonders an der linken Seite, die bis in den Hinterkopf ausstrahlten. Ich machte wieder die Radical-Operation. Die Operation ging glatt von Statten. Ich fand bei ihr im Antrum Caries. Was mir besonders auffiel, war, dass die Verbindungsbrücke zwischen dem Mittelohr und Antrum vollständig brüchig war, so dass ich sie bei dem ersten Meiselschlag durchschlug. Ich verlor dann eigentlich die Richtung des Weges, trotzdem ich die Sonde noch immer vom Antrum bis nach dem Mittelohr vorschieben konnte, und kratzte dann sehr vorsichtig mit dem Löffel die brüchigen Theile des Knochens weg. Am folgenden Tag nach der Operation bemerkte ich complete Facialis-Paralyse, ein Unglück, welches ich immer befürchtet hatte. Ich war mir nicht bewusst den Facialis direct durchgeschlagen zu haben, das wäre einfach unmöglich gewesen. Ich hatte die Hinterwand mit dem Meissel nicht berührt. Aber wenn Sie die Patientin jetzt betrachten, finden Sie nichts mehr von Facialis-Paralyse. Dieselbe war auch ohne Behandlung vollständig zurückgegangen. Ich kann mir das nur so vorstellen, dass ich den Facialis wahrscheinlich mit dem Löffel gekratzt hatte, dass dann eine Entzündung um den Facialis herum entstanden war, und dass, nachdem dieselbe verlaufen war, der Facialis wieder in seine normalen Verhältnisse zurückkehrte. Ich kann mir nicht vorstellen, dass der durchtrennte Facialis wieder zusammengewachsen wäre. Solche Fälle sind von anderen Nerven bekannt, vom Facialis nicht. Die Patientin hat jedenfalls eine glatte Nachbehandlung

durchgemacht, und wenn Sie jetzt den Fall untersuchen, so finden Sie kaum etwas von einer Narbe hinter dem Ohr, und hinter dem Gehörgang eine vollständig neue Häutung der gesammten Mittelohrwände.

Ich möchte hinzufügen, dass dies die beiden schwersten Fälle waren von den halb Dutzend Fällen, die ich operirt habe. In dem einen Falle hatte die Eiterung 15 Jahre, im anderen 35 Jahre bestanden. In beiden Fällen hatte die Caries ziemliche Fortschritte gemacht und die Labyrinthwand sowohl wie die innere Antrumwand angegriffen. In beiden Fällen bestand übler Geruch, in beiden Fällen hatten die Patienten grosse Beschwerden. Ich will nicht sagen, dass man jede chronische Ohreneiterung so behandeln soll; es sind mir viele Fälle bekannt, die durch einfache Mittel geheilt worden sind. Die Fälle, die sich für eine solche Operation eignen, sind nicht die häufigsten, sondern es sind solche, in denen die Veränderungen ziemlich weit vorgeschritten sind. Aber das steht nun fest, dass nur die radikale Operation diejenige Operation ist, von der wir eine vollständige Heilung selbst in ganz vorgeschrittenen chronischen Fällen erwarten können.

d) Dr. B. Lapowski: Fall von Erythrodermie in Mycosis fungoïdes.

Meine Herren! Dieser Fall ist etiologisch, klinisch und anatomisch sehr interessant. Er ist nirgends vorgestellt. Es ist unmöglich in diesem Stadium eine Diagnose zu machen. „L'affection peut être seulement devinée", wie Besnier sagt.

Der Patient ist 50 Jahre alt. Er ist in demjenigen Theil von Polen geboren, welcher jetzt von den Deutschen Posen genannt wird. Er war nie in einer Gegend, wo Lepra endemisch oder epidemisch herrschte. Weder seine Familie noch er selbst haben irgend welche Verdachtsmomente. Er ist 27 Jahre verheirathet und hat zwei Kinder, eine Tochter von 20, eine von 17 Jahren. Seine Frau hat nie abortirt. Bis zum 47. Jahre war er ganz gesund. Den ersten Anfall dieser Krankheit hatte er vor drei Jahren, im Jahre 1894. Bis jetzt hat er sechs Anfälle gehabt, und zwar in Intervallen von vier bis sechs Monaten. Ich selbst habe nur die beiden letzten Anfälle gesehen. Die Anfälle treten in folgender Weise auf: Ohne irgend eine Veranlassung spürt der Patient plötzlich ein geringes Jucken zwischen den Fingern, welches mit Kopfschmerzen und mit Schmerzen in der Columna vertebralis verbunden ist. Das dauert ungefähr drei bis vier Tage. Dann hat er plötzlich ein Gefühl wie von Nadelstichen, und an jeder Stelle wo er diese Stiche fühlt, kommen solche Flecke heraus. Die Flecken bleiben drei bis vier Tage und sind von brennenden Schmerzen und unerträglichem Jucken begleitet. Während sie kommen, hat er Frösteln, Fiebern, kann nichts essen und nicht schlafen. Sind die Flecken heraus, dann verschwinden Fieber und Fröste, und die brennenden Schmerzen treten auf. Nach 6, 7, 8 Tagen sind die rothen Flecken ganz verschwunden, und nur solche dunkle Flecke bleiben zurück. In zehn Tagen ist der Fall vollendet. — Die Membrana mucosa sind immer frei, das Herz ist in gutem Zustand, die Kräfte gut, keine Amnesia. Die Flecken sind nicht erhaben, sie sind glatt, bei

jedem neuen Anfall werden dieselben wieder roth, und nur wenige Flecke kommen neu hinzu.

Die Photographien, die ich hiermit herumreichen möchte, stellen die drei Stadien dieser Krankheit vor. Das erste Stadium zeigt sich in der Form von Ekzema, Urticaria, Erythema. Dann kommen die Flecken. Allmählich infiltriren sich aber einige Flecke; das kann Jahre dauern; aber alle Fälle involviren sich nicht, sondern es entstehen grosse, pilzartige Geschwülste, darunter Mycosis fungoïdes.

Die Therapie ist hier sehr hartnäckig. Ich kann nur sagen, dass hier alles probirt worden ist, aber am Ende mussten wir es lassen, wie es Gott gefällt, man kann nichts thun. Exitus immer letalis.

Von einem einzigen Patienten berichtet Bazin, dass er Erysipelas bekam und Mycosis fungoïdes verschwand. Dr. P. A. Morrow im New York Hospital hat denselben Weg eingeleitet und seinem Patienten Erysipelas-Toxin gegeben, aber ohne Erfolg. Dieser Patient hat Arsenik bekommen, 15 Grains täglich für 20 Tage; Jodkalium 15 Grains täglich für 15 Tage; Arsenik subcutan und Thyroidextract ohne irgend einen Erfolg.

Präs. Dr. Freudenthal: Wir müssen die Discussion über diese Fälle auf das nächste Mal vertagen.

DEMONSTRATION VON PRAEPARATEN.

Dr. L. Weber: Demonstration eines Präparates von doppelseitigen Nierensteinen mit Krankengeschichte.

Diese Niere ist der Leiche eines 64-jährigen Mannes entnommen und zeigt einen Stein in der Form eines Abgusses des Nierenbeckens mit den grösseren Kelchen so schön, wie man es bildlich im Heitzmann'schen Atlas sehen kann. Wenn auch das Präparat nicht aussergewöhnlich interessant ist, so wird es Sie doch deshalb interessiren, weil die Krankengeschichte mit einer Discussion in Verbindung steht, die wir hier im Jahre 1893 geführt haben in Bezug auf die Grenzen der chirurgischen Behandlung von Nierenkrankheiten. Der Patient entstammte einer ganz gesunden Familie, war weder erblich noch sonst belastet, von kräftiger Constitution und hatte drüben im 22. Lebensjahr eine schwere Bronchitis, aus der er nicht wieder gesund hervorging, sondern von jener Zeit an litt er an chronischem Bronchialcatarrh mit leichtem Emphysem der Lunge. Nichtsdestoweniger war er wohl und kräftig und im Stande seinem grossen Geschäfte vorzustehen, litt aber jeden Winter an Exacerbation des chronischen Bronchialcatarrhs. In seinem 48. Jahre, also ungefähr 17 Jahre vor seinem Tod, bekam er zuerst einen Schmerzanfall in der rechten Nierengegend, verbunden am folgenden Tage mit ziemlich heftiger Hämaturie. Ich lernte den Patienten vor ungefähr zwölf Jahren kennen, und schon damals war es bei der ersten Untersuchung nicht schwer nachzuweisen, dass die rechte Niere weiter herunter ragte als normal. Die linke Niere konnte ich damals gut fühlen, auf Druck, vorn und hinten zugleich ausgeführt, war sie etwas schmerzhaft, und der Urin des Patienten, der reichlich floss, war blassfarbig, immer trübe, das spez. Gewicht nicht mehr als 1010—12. Ab und zu zeigte sich im Sediment Eiter, und der Verdacht einer Nephritis calculosa lag nah. Der Patient hielt sich abwechselnd hier und in Europa auf, eine beson-

dere Behandlung, weder chirurgischer noch medizinischer Natur, unterblieb. Im Jahre 1890 nahm das Leiden eine ernstere Wendung, und im Laufe der nächsten zwei, drei Jahre wurde es sehr heftig, und Stoffwechselstörungen, häufige Fieberanfälle durch Eiterstauung waren derart, dass der Patient in seiner Ernährung sehr herunter kam. Den Vorschlag, der früher von mir und anderen gemacht wurde, die rechte Niere einschneiden oder exstirpiren zu lassen, wies er ab. Im Jahre 1893 wurde von den Chirurgen — Dr. Lange und andere hatten ihn gesehen — eine radicale chirurgische Behandlung abgelehnt, resp. für nicht mehr indicirt gehalten. Es war der Fall, der mich, wie ich in meinem Referat über die chirurgischen Grenzen der Behandlung der Nierenkrankheiten damals sagte, auf die Idee brachte, den Buchenholztheer zu versuchen, in kleinen Dosen, täglich 5—10 Gr., und ich glaube nicht zu weit zu gehen, wenn ich sage, dass dieser Patient ganz bestimmt durch diese Arznei sein Leben verlängert hat. Denn vom Jahre 1892 an bis wenige Monate vor seinem Lebensende hat der Patient beinahe täglich kleine Mengen Buchenholztheer genommen, die Eiterung von der rechten Niere — die linke war natürlich auch in Mitleidenschaft gezogen — war lange nicht mehr so heftig wie vorher, und das allgemeine Befinden des Patienten besserte sich wesentlich. Zuletzt war aber doch die Stoffwechselstörung eine dauernde, die Cachexie wurde so ausgesprochen und der toxämische Zustand derart, dass eben die bekannte Herzschwäche, wie am Ende aller chronischen Krankheiten, auch hier eintrat und nach zwei Monaten Siechthum fand Exitus letalis statt.

(Demonstrirt das Präparat).

Ich glaube berechtigt zu sein, die Collegen zu bitten, in ähnlichen Fällen einen Versuch mit dem Buchenholztheer zu machen, um zu sehen, ob sie, wie ich, in einem inoperablen Fall in Bezug auf Besserung des Befindens und Verlängerung des Lebens des Patienten günstige Wirkungen erzielen können.

Präs. Dr. W. Freudenthal: Meine Herren. Seitdem wir uns das letzte Mal hier versammelt haben, brachte uns die Post die Nachricht von dem Hinscheiden eines bedeutenden Forschers. Am Schluss des alten Jahres starb Prof. Dr. Du-Bois Reymond in Berlin. Obwohl derselbe in keinem Zusammenhang mit unserer Gesellschaft stand, so glaube ich doch, sollten wir den Manen auch dieses grossen Gelehrten unsere Anerkennung nicht versagen. Ich ersuche Sie, sich zum ehrenden Andenken dieses grossen Gelehrten von Ihren Sitzen zu erheben. (Geschieht).

Die Abstimmung über die vorgeschlagenen Candidaten ergiebt die einstimmige Aufnahme der Drs. Franz. Koempel, O. H. Schultze und Joseph Wiener Jr.

e) Dr. Max Einhorn: Verstopfung und Diarrhoe als Folgezustände mancher Magenerkrankungen. (Liest).

Discussion.

Dr. J. Kaufmann: Herr Dr. Einhorn hat einige Krankengeschichten vorgetragen, bei denen neben Achylie des Magens in einem Theil der Fälle Diarrhoe, in anderen Fällen Verstopfung beobachtet wurde, er hat andererseits über Fälle von Hyperacidität berichtet, in denen es

sich bald um Verstopfung, bald um Diarrhoe handelte. Es ist aus den vorgeführten Krankengeschichten nicht recht zu ersehen, warum die Diarrhoe, resp. die Verstopfung bei diesen Fällen directe Folge der Magenstörung sein soll. Oppler, den Herr Einhorn citirt, stellt die Behauptung auf, dass Achylia mit Diarrhoe einhergeht, Hyperacidität mit Verstopfung, ohne auch seinerseits den Nachweis des kausalen Zusammenhangs zu bringen. Wir sind gewohnt, da, wo wir Diarrhoe oder Verstopfung antreffen, die Ursache in einer Störung der Darmthätigkeit zu suchen, und zwar handelt es sich entweder um fehlerhaften Darminhalt oder um Erkrankung der Darmwand oder schliesslich um Störungen im Darmnervensystem. Gelegentlich wirken mehrere dieser Factoren zusammen. Mir scheint, dass diese Bedingungen ganz genau dieselben bleiben auch dann, wenn eine Erkrankung des Magens vorliegt. Wenn bei Achylia Diarrhoe oder Obstipation auftritt, so wird man dafür eine Störung in der Darmthätigkeit anschuldigen müssen. Dass dies so ist, geht schon daraus hervor, dass, wie Dr. Einhorn selbst angiebt, ein Theil seiner Fälle regelmässige Stuhlentleerung zeigt; ein anderer Theil hat Diarrhoe, ein dritter Theil Verstopfung. Wenn man eine directe Abhängigkeit der Diarrhoe oder Verstopfung von der Achylia annimmt, so ist es nicht ohne weiteres klar, warum diese Verschiedenheit bezüglich der Darmstörung besteht, und noch weniger ist es klar, warum manchmal gar keine Darmstörung auftritt. Wenn man den Fällen nachgeht, wird man in jedem einzelnen Fall eruiren können, welche Art Störung in der Darmthätigkeit die Aenderung in der Stuhlentleerung herbeiführt. Unter den Fällen von Achylie, die ich zu sehen Gelegenheit hatte, befindet sich ein Arzt, der neben seiner Achylie seit Jahren an Diarrhoe leidet. Hier handelt es sich um eine ausgeprägte Diarrhoea nervosa. Der Patient hat seine Diarrhoe, so lange er in Thätigkeit ist, der Aufregung und der Anstrengung des Berufes unterworfen. Er mag dann so vorsichtig mit der Diät sein wie er will, er hat seine Diarrhoe. Verlässt er aber seine Thätigkeit, führt er ein ruhiges Leben, so verliert er seine Diarrhoe, auch selbst wenn er keine Diät beobachtet, obwohl auch während dieser Zeit seine Achylia weiterbesteht. Ich möchte noch einen anderen Fall citiren, bei dem es sich auch um Achylia handelt. Dieser Patient, den ich seit 1½ Jahren beobachte, leidet gleichzeitig an sehr hartnäckiger Constipation, und zwar an der atonischen Form mit erheblicher Erweiterung namentlich des Colon ascendens. Diese sehr hartnäckige Constipation lässt sich einigermassen durch auf den Darm direct wirkende Verfahren (Oelclystire u. s. w.) beeinflussen, sie ist aber absolut nicht zu beeinflussen durch Diätetik unter Berücksichtigung der Achylia.

Ebenso wie bei der Achylia, liegt es auch bei der Hyperacidität. Unter diesem Begriff werden eine Reihe von verschiedenartigen Zuständen zusammengefasst, denen allen das eine Symptom des vermehrten procentualen Salzsäuregehalts eigen ist. Hier findet man die verschiedensten Verhältnisse zwischen dem Grad der procentualen Steigerung des Salzsäuregehaltes und der Art der Stuhlentleerung. Es ist allerdings richtig, dass häufig Verstopfung bei Hyperacidität vorkommt, aber wenn man etwas genauer in der Anamnese dieser Fälle

nachforscht, so findet man nicht selten, dass die Verstopfung oft Jahre lang den Magensymptomen vorausgeht, so dass man die Entstehung der Verstopfung jedenfalls in diesen Fällen nicht auf die Hyperacidität zurückführen kann. Da könnte man mit demselben Recht sagen, die Hyperacidität ist die Folge von der Verstopfung, gerade so gut wie umgekehrt. Meist liegt die Sache wohl anders. In der Mehrheit der Fälle sind beide Erscheinungen nur gleichwerthige Symptome des zu Grunde liegenden Allgemeinzustandes, der Neurasthenie, die ja so häufig die Ursache dieser functionellen Störungen ist. Gewiss kann dann, wie überhaupt bei den Neurosen, die Functionsstörung des einen Organs die des anderen steigern, aber das gilt vice versa, und keineswegs ist man berechtigt die eine Störung als die directe Ursache der anderen anzuschuldigen. Also ich meine man wird besser thun, wenn man da, wo man Diarrhoe oder Constipation antrifft, klar zu stellen sucht, welche Störungen in der Darmthätigkeit vorliegen. Das scheint mir für die Erkenntniss wie für die Behandlung dieser Zustände richtiger zu sein.

Dr. Einhorn (Schlusswort): Ich habe ja nicht in meinem Vortrag behauptet, dass sämmtliche Fälle von Verstopfung, die mit Hyperacidität (oder Hyperchlorhydria) einhergehen, davon herrühren müssten, noch dass eine Diarrhoe, die bei Achylia gastrica vorkommt, davon herstammen müsse. Ich sagte im Gegentheil, dass unabhängig davon Störungen im Darm vorhanden sein können. Aber es giebt Fälle, wo nach einer Correktion des Magenchemismus die Diarrhoe, resp. die Constipation schnell verschwindet. Da nehme ich an, dass die Diarrhoe resp. die Constipation nur eine Folge des fehlerhaften Zustandes des Magenchemismus sein muss. Das habe ich in meinem Vortrag ganz genau erörtert, und ich glaube, dass ich in dieser Hinsicht wohl Recht habe.

Diese Fälle von Achylia gastrica mit Diarrhoe, auf die ich bereits vor einigen Jahren hingewiesen habe, vor Oppler, sind ganz besonders interessant, insofern als die Patienten gar keine weiteren Erscheinungen haben, als eben die Diarrhoe. Nun behandelt man diese Patienten nach allen möglichen Methoden in Bezug auf den Darm, es nützt nichts. Sie behandeln die Diarrhoe Jahre lang, die Patienten kommen immer weiter herunter. Untersucht man dann den Magen und findet den Zustand der Achylia gastrica, (dass kein Magensaft da ist), sagt man ihnen, sie sollen eine Diät haben, die mehr aus der Vegetarianerkost besteht, und wenig Fleisch, theilt man die Mahlzeiten so ein, dass sie nicht zu viel auf einmal bekommen, erlaubt ihnen Butter und ernährt sie gut, dann sieht man, dass die Diarrhoe auf einmal aufhört und die Leute gesund werden, ohne dass man auf den Darm bei der Behandlung irgend welche Rücksicht nimmt. Da muss man doch wohl annehmen, dass die Darmsymptome, die Diarrhoe ganz sicherlich mit dem Zustand des Magens, mit der fehlerhaften Magenfunktion etwas zu thun hatten. Warum in dem einen Fall Diarrhoe und im anderen Constipation vorkommt, das habe ich eben in meinem Vortrag auch erwähnt, können wir kaum eruiren. In vielen Fällen tritt einfach eine Correktion dieses fehlerhaften Zustandes von selbst ein, aber in manchen Fällen geht das nicht; da liegen die Zustände

nicht so günstig, und die Correktion tritt nicht ein, und dann haben wir das eine oder das andere. Und das ist das interessante, dass, wenn wir Hyperchlorhydrie finden, wir beides, Diarrhoe oder Constipation in diesen Fällen durch doppeltkohlensaures Natron und Regelung der Diät heben können. Ebenso ist es in der Achylia gastrica, sei es dass Diarrhoe oder Constipation besteht, wenn sie als Folgezustände der Achylia gastrica wirklich existiren, dass sie durch die Behandlung gebessert werden. Das ist wichtig, und das wollte ich in meinem Vortrag betonen.

Präs. Dr. W. Freudenthal: Ich wollte mittheilen, dass unser Mitgliederverzeichniss sowie die Statuten und die Biographie von Heitzmann nebst dessen wohlgetroffenem Bild in stattlichem Bande hier zu haben sind. Jeder, der seinen Namen einschreibt, wird freundlichst gebeten das Buch mitzunehmen.

6.) Dr. S. Baruch: Fehlgriffe in der Hydrotherapie. (Wurde in der letzten Nummer veröffentlicht.)

Discussion.

Dr. I. Adler: Ich glaube zunächst, dass wir Dr. Baruch dankbar sein sollen, dass er dieses Thema in dieser Versammlung einmal zur Sprache gebracht hat. Es ist unbedingt richtig, dass in der modernsten medizinischen Anschauung die Hydrotherapie eine grosse Rolle spielt. Es ist aber eben so richtig, wie Dr. Baruch hervorgehoben hat, dass die Anwendung des Wassers eine so laxe ist und dass sowohl klinisch wie diagnostisch und therapeutisch oft weit über das Ziel hinaus geschossen wird oder andererseits weit weniger damit geleistet wird als geleistet werden könnte. Dass dem so ist, scheint mir aber doch nicht ganz die Schuld der Aerzte zu sein. Es ist vielleicht auch etwas die Schuld Jener, die sich mit Hydrotherapie speziell befasst haben. Wenn man die hydrotherapeutische Litteratur — und dieselbe ist heutzutage enorm gross — ein wenig durchsieht, so muss auffallen, dass da recht viel von persönlichen Eindrücken, von empirischen Erfahrungen die Rede ist, aber sehr wenig von exacten, ziffermässigen Belegen. Ich masse mir nicht an, die hydrotherapeutische Litteratur zu kennen, stehe aber doch unter dem Eindruck, möglicher Weise dem irrigen Eindruck, dass mit Ausnahme von Winternitz und seinen Schülern ausserordentlich wenig dafür gethan worden ist, um experimentell exacte Grundlagen für die Anwendung des Wassers in seinen verschiedenen Formen zu schaffen. Und das, was Winternitz und seine Schüler geschaffen haben, ward von ihm selbst nur als die ersten Schritte anerkannt. Es wird nun verlangt, dass wir das Wasser anwenden sollen, wie wir unsere anderen Medicamente anwenden, deren physiologische und pathologische Wirkungen man genau kennt. Dr. Baruch hat das Beispiel von Strychnin gewählt. Wir kennen heute die physiologische Wirkung des Strychnin genau, kennen seine Thätigkeit in Bezug auf das Rückenmark. Vom Wasser wissen wir das noch lange nicht, und es scheint mir doch dringend nothwendig zu sein, ehe wir von wirklich wissenschaftlicher Hydrotherapie sprechen können, erst einmal eine wirkliche wissenschaftliche Lehre der Wirkungsweise des Wassers zu schaffen. Allein deswegen soll man doch nicht warten, bis diese Wirkung des Wassers wissenschaft-

lich nach allen Richtungen festgestellt ist. Wir wenden ja alle das kalte Wasser an, und da hat Dr. Baruch, wie mir scheint, ganz recht, wenn er sagt, dass viele Fehler gemacht werden. Ich bin nicht in der Lage, und es ist nicht meine Aufgabe, hierin Umschau zu halten, nur einige Worte über die Typhusbehandlung möchte ich hier sagen. Es ist ganz recht, wie mir scheint, dass man da auch eine exacte Methode haben will, allein es scheint mir persönlich doch etwas zu weit gegangen zu sein, wenn man heutzutage das Bad als die allein zulässige Therapie in der Behandlung des Typhus bezeichnet. Auch war mir neu, was Dr. Baruch angeführt hat, dass Statistiken mit einer Mortalität von Null da sind. Ich weiss, dass die Mortalitätsziffer bedeutend herabgesunken ist, aber dass eine ganze Reihe, tausende von Fällen ohne einen einzigen Todesfall verlaufen, ist mir nicht bekannt gewesen. Ich habe schon seit vielen Jahren Hydrotherapie bei Typhus angewendet, muss aber offen gestehen, obwohl mir das vielleicht als Fehler ausgelegt wird, dass ich sie vielmehr in der Hospitalpraxis als in der Privatpraxis anwende. Zunächst ergiebt sich in der Privatpraxis eine technische Schwierigkeit. Im Hospital hat man alle möglichen Hülfsmittel und jeder Zeit ein grosses Personal zur Verfügung. In der Privatpraxis, wo es sich sehr oft um beschränkte Verhältnisse, sowohl an Raum wie an Wartepersonal handelt, — denn um eine erwachsene, schwere Person aus dem Bette zu heben und in die Wanne zu bringen, sind drei bis vier kräftige Leute nothwendig, — da ist die Wasserbehandlung schon viel schwieriger. Aber abgesehen von dieser rein äusserlichen Schwierigkeit will es mir scheinen, als ob man doch etwas zu weit gehe, wenn man Typhus ausschliesslich und allein mit Wasser behandeln will. Man hat ganz gute Erfolge ohne die Wasserbehandlung erzielt, wobei ich durchaus nicht sagen will, dass die Hydrotherapie nicht eines unserer allerbesten Mittel ist, und namentlich in schweren Fällen, in Fällen mit Nachlassung der Herzkraft, schweren Delirien, Somnolenz, möchte ich unbedingt nicht ohne Hydrotherapie in Typhus auskommen. Auf der anderen Seite aber kann ich mich nicht entschliessen, diese Normen, wie sie Brand aufgestellt hat und auch Dr. Baruch unterstützt, als Gesetz anzuerkennen. Ich kann nicht einsehen, warum gerade eine Temperatur von 102 sein muss, ehe die Leute zu baden anfangen. Ich kenne Leute, die schon bei 101 anfangen zu deliriren und recht miserabel sind. Bei denen würde ich schon mit 100½ und 100 anfangen zu baden, während es viele giebt, die 102, 3, 4, 5 mit Gleichmuth vertragen und einen Typhus mit sehr hoher Temperatur bei ruhigem Puls und ohne Complicationen durchmachen, wo es mir nicht einfallen würde, die Kosten und Ungelegenheiten des fortwährenden Bades in der Privatpraxis einzuführen.

Und dann noch eins. Trotz der unzweifelhaften Bereicherung unserer Typhusbehandlung durch das Bad, und ich möchte nicht so verstanden werden, als ob ich mich irgend wie geringschätzig gegen Kaltwasserbehandlung ausdrücken wollte, trotz alle dem glaube ich doch, dass wir unsere Antipyretica nicht so ganz vernachlässigen dürfen. Man sieht gerade so oft, dass eine zweckmässige Gabe von Antipyrin oder Phenacetin nicht nur keinen Schaden thut, sondern

vom allergrössten Vortheil ist und dem Kranken, ohne ihn aus seinem Comfort aufzurütteln, auf viele Stunden lang Ruhe von Schmerz, freien Kopf, Appetit, Aufhören des Erbrechens und sonstige Erleichterung verschaffen kann, ohne jemals zu schaden. Allerdings, die Behandlung mit Antipyretica, die so lange modern war, um die Temperatur immer auf der Norm zu halten, ist schädlich, aber eine gelegentliche Gabe von einigen von den antipyretischen Mitteln ist nicht nur nicht schädlich, sondern ausserordentlich wohlthuend.

Dr. L. Weber: Meine Herren. Ich bin nicht in der Lage, an der allgemeinen Discussion dieses interessanten Vortrages mich zu betheiligen, und möchte daher nur auf den ersten Theil desselben eingehen, betr. die Brandt'sche Typhusbehandlung. So lang ich Typhus behandle, habe ich, wenn keine Contraindication vorlag, die Behandlung begonnen und thue es heute noch, sobald die Diagnose einigermassen feststeht, mit einer genügend grossen Dose Calomel, um den Darm nicht nur gründlich zu entleeren, sondern auch, wie ich mir vorstelle, eine desinficirende Wirkung auszuüben und dadurch wo möglich den Verlauf des Typhus zu mildern. Ich bin im Stande aus meiner Praxis reiche Belege darzubringen, welche gute positive Erfahrungen nach der Richtung aufweisen. Was die Brand'sche Methode betrifft, so ist mir dieselbe wohl bekannt, aber ich bin nicht häufig in der Lage gewesen, dieselbe in der Privatpraxis anzuwenden, weil wir, hier in New York wenigstens, sie in den Mittelklassen, geschweige den Arbeiterklassen nicht durchführen können, aus Gründen, die der Vorredner angeführt hat; wir können sie also nur bei den Reichen gebrauchen. Es scheint mir übrigens, als ob in den letzten Jahren, soweit die Privatpraxis in Betracht kommt, so eine Art Freimaurerverbindung zwischen Wärtern und Wärterinnen gegen das Brand'sche Bad ins Werk gesetzt wurde. Man hat förmliche Schwierigkeit, die Bedenken und Einwände der Patienten zu überkommen. Ein sogenanntes erfrischendes Spongebath in aller seiner Unzulänglichkeit mit Zusatz von Alkohol zum kaltem Wasser werde wohl auch dieselben Dienste thun wie das Brand'sche Bad, so denken sie. Das ist gewiss zu bedauern. Ebenso gewiss ist es, dass wir mit Sicherheit, Exaktheit und ohne Schwierigkeit im Hospital das Brand'sche Bad in der richtigen Weise anwenden können, und mit grossem Erfolg in New York angewendet haben. Dass die Methode grosse Vortheile besitzt, und dass sie, was ich in meiner Praxis erfahren habe, am meisten geeignet ist, den Widerstand des Nervensystems zu kräftigen, darüber kann kein Zweifel bestehen. Die Antipyretica möchte ich nicht entbehren. Ich wende sie schon seit Jahren an, und Sie dürfen mir glauben, dass ich mit ausserordentlich kleinen Dosen dieser Mittel, d. h. meinem pulv. antipyr. comp., bestehend aus gr ss—i Antifebrin, gr ii—iv Antipyrin und gr ii—iv Phenacetin ganz vorzügliche Resultate in der Herabsetzung der Temperatur verzeichnen konnte.

Eine weit grössere Erfahrung in Bezug auf die Anwendung der Hydrotherapie steht mir zu Gebote in Bezug auf die Behandlung von schweren und leichten Fällen von Neurasthenie. Da habe ich sehr viel gesehen und auch in den bekanntesten Anstalten vom Rhein bis hinauf in die Schweiz viel beobachtet, und da möchte ich, aus einer

ziemlich reichen Erfahrung schöpfend, vor allen das Augenmerk der Collegen darauf lenken, dass wir bei der Betrachtung der Wirksamkeit irgend eines Mittels, consequent angewendet in Fällen von schwerer Neurasthenie, niemals aus dem Auge lassen dürfen, dass die Krankheit nicht nur chronisch verläuft, sondern in einer noch ganz unerklärbaren Weise, wenn sie nicht auf unheilbaren organischen Störungen beruht, die Neigung hat, im Verlauf der Zeit manchmal von selbst gut zu werden. Ich habe eine Reihe von Neurasthenien beobachtet, z. B. wie sie sich nach Syphilis entwickeln oder nach anderen acuten oder chronischen Infectionskrankheiten, in Folge von Excessen in Venere, in Fällen von lange fortgesetzter Masturbation, die in allen möglichen Plätzen waren und die verschiedensten Behandlungsmethoden durchgemacht haben, Kaltwasserkuren hier und drüben, und man könnte nicht sagen, dass sie von dieser oder jener Kur im Laufe der Zeit besondere Resultate erzielt hätten, aber ich habe doch eine Anzahl beobachtet, die allmählich wieder in einen guten Zustand der Leistungsfähigkeit, geistig und körperlich, zurückkehrten. Erst aus der Praxis der letzten Woche könnte ich einen Fall anführen, der seit 15 Jahren von den besten Autoritäten untersucht, in dem die Diagnose Neurasthenia gravis festgestellt wurde und der die bekannten therapeutischen Proceduren in vollendetster Weise durchgemacht hat, ohne besondere Resultate zu erzielen. Aber seit Jahr und Tag wird der betreffende Patient besser und besser, ohne dass ich sagen möchte, dass diese oder jene hydrotherapeutische Procedur zur Wiederherstellung des Kranken wesentlich beigetragen hätte. Es kommt beim Beurtheilen dieser Fälle die Etiologie sehr in Betracht; auf die Etiologie der Krankheit muss Rücksicht genommen werden in der Behandlung.

Dr. A. Rose: Dr. Adler bemerkte, dass nicht viel wissenschaftliche Untersuchungen und Experimente in Bezug auf die Wasserbehandlung vorliegen. Ich möchte dem gegenüber anführen: es liegen wohl sehr wichtige wissenschaftliche Experimente vor, aber sie werden nicht beachtet. Man beachtet nur die Erfindungen, wenn sie von Quacksalbern ausgehen. Diese Beobachtung habe ich selber machen müssen. Winternitz hat in sehr geistreicher Weise ein Instrument construirt, mit dem er ganz genau misst, wie viel mehr Blut in einem Körpertheil, in einer Extremität einfliesst und wie viel mehr zurückfliesst, wenn dieser Körpertheil längere Zeit in einem Warmwasserbad gehalten wird. Das Glied schwillt an, und mit jeder Systole dringt mehr Blut ein, mit jeder Diastole fliesst mehr Blut aus. Der Kreislauf wird in diesem Körpertheil beschleunigt. Diese Thatsachen zu Grunde legend habe ich das permanente warme Bad bei Rheumatismus und bei Erysipel versucht. Es war mir dann durch die Erfolge klar, dass mit diesem beschleunigten Kreislauf die Entzündungs- oder Vergiftungsprodukte schnell in die allgemeine Circulation und überhaupt fortgeführt werden. Trotzdem ich beschrieben, wie in Erysipelas die Wirkung eine so prompte war, dass die Temperatur in einigen Stunden auf die Norm zurückging, habe ich nicht gehört, dass Jemand davon Kenntniss genommen. In einem Fall, in welchem sich das Erysipel bis in die Leistengegend erstreckte, in welchem das Riedel-

Kraske'sche Verfahren nicht ausführbar war, konnte ich constatiren, dass die Wirkung des permanenten Bades der der Riedel-Kraske'schen Methode wenigstens gleichwerthig war. Ich habe über diesen und ähnliche Fälle meiner Erysipel-Behandlung in dieser Gesellschaft Vorträge gehalten, habe auch über einen merkwürdigen Fall von hartnäckigem Rheumatismus gesprochen, bei dem nach verschiedenen Methoden der Behandlung im Hospital das permanente Bad in wenig Tagen ein auffallend gutes Resultat ergab. Es handelte sich um einen Fall von Rheumatismus des Ellbogengelenks, der mit Gipsverband und Streckversuchen und Medikamenten Monate lang behandelt worden war. Es ist merkwürdig, und man muss sich fragen, warum die von mir veröffentlichten wichtigen Erfolge keine Beachtung finden. Eine Methode, das Extremitäten-Erisypel mit permanentem Bad zu behandeln, wie ich sie beschrieben habe, die so viel einfacher ist als die Riedel-Kraske'sche, sollte doch meines Erachtens verdienen, eine Nachprüfung zu finden.

Wenn man sich entschliessen könnte, die echt wissenschaftlichen Beobachtungen unter dem Pseudonym „Vater Kneipp" zu veröffentlichen, würde es nicht an Beachtung und Anerkennung fehlen.

Dr. A. Seibert: Ich habe nur wenige Worte hinzuzufügen. Die Klagen der Hydrotherapeuten, dass ihre Lehren nicht den Eingang unter das allgemeine ärztliche Publikum gefunden haben, sind wohl auf ihre eigenen Schriften zurückzuführen, auf ihre eigenen Aussagen oder, wollen wir lieber sagen, auf die Hyperbeln, die sie fast in allen ihren Schriften und Vorträgen benutzen. Ich will das an dem heutigen Vortrag illustriren. Der College sagt uns, dass allein die Brand'schen Bäder den grossen Abfall der Typhusmortalität der letzten 30 Jahre bewirkten. Aber es handelt sich doch wohl nicht blos um die Brand'sche Typhusbehandlung, denn der Typhuskranke wird doch wohl auch noch etwas anderweitig behandelt, selbst wenn er gar keine Medizin bekommt. Ich habe mich in früheren Jahren viel mit Statistik befasst, mit Pneumoniestatistik, Witterungsstatistik und auch mit statistischen Arbeiten deutscher Forscher, und habe da die Gelegenheit gehabt nachzuweisen, dass mit der Statistik enorm viel gesündigt wird. Ich wage zu behaupten, dass nicht die Brand'schen Bäder, sondern das richtigere Verständniss dessen, womit wir es eigentlich bei Typhuskranken zu thun haben, die richtige Diät und die richtige allgemeine hygienische Behandlung des Kranken schuld sind an der niedrigeren Mortalitätsstatistik. Ich will gleich vorausschicken, dass ich in meiner sechsjährigen Thätigkeit als Hospital-Arzt, in welcher ich neun Monate im Jahre Gelegenheit habe, unter oft schwierigen Verhältnissen eine ganz erkleckliche Anzahl von Typhusfällen zu sehen, die Brand'sche Methode überhaupt nur dann anwende, wenn ein Patient in somnolentem Zustand ins Hospital gebracht wird. Die Hydrotherapie erstreckt sich in meiner Typhusbehandlung viel mehr auf den Sitz der Erkrankung, und ich halte es für viel rationeller und für wissenschaftlichere Indication, tagtäglich das erkrankte Darmrohr zu reinigen und auszubaden, als die Haut zu reizen und dadurch das Nervensystem anzustacheln.

Eine andere Behauptung, die mir entschieden neu war, ist die, dass

die Brand'sche Methode in der Typhusbehandlung — ich citire wörtlich aus dem Vortrag — absoluten Schutz gegen Complicationen bei frühzeitiger Anwendung bietet. Ich habe bisher noch keine Behandlung gekannt, die einen Schutz gegen die Complicationen bei Typhus giebt, und ich muss gestehen, dass ich da einen leichten Zweifel nicht unterdrücken kann. Osler's Arbeiten über Abdominaltyphus sind mir sehr genau bekannt. Er warnt ausdrücklich, bei Herzschwachen ein Brand'sche Bad zu geben. Er wendet die Brand'schen Bäder nur dann an, wenn die Herzmuskeln noch kräftig sind, und betrachtet sie absolut als contra-indicirt, wenn der Puls schlecht ist. Wir hörten im Vortrag, dass Dr. Delafield behauptet hat, dass die einzig richtige Behandlung des Typhus die mit der Brand'schen Methode sei. Dr. Delafield hat noch — mit allem Respect vor seinem Alter und seinem Wissen — im Jahre 1888 in der Academy of Medicine öffentlich erklärt, dass seiner Ansicht nach die kroupöse Pneumonie keine Infectionskrankheit sei, und ein Jahr später gab er ein Buch mit Prudden heraus, in dem die Erreger dieser Krankheit bildlich dargestellt waren. Dieses nur zum Beweiss, dass sich die Ansichten auch der Autoritäten ändern können.

Noch einen Punkt möchte ich erwähnen. Bei der Behandlung der Pneumonie mit kalten Bädern soll der Arzt (laut dem Vortrag) stets zugegen sein. Das halte ich für einen Nachtheil. Ich muss gestehen, nach meiner 19-jährigen Erfahrung als Arzt möchte ich sagen, dass bei kroupöser Pneumonie die Chancen für den Patienten um so besser sind, je weniger er vom Arzte sieht.

Dr. Talmey: Ich glaube, dass Dr. Baruch einen Grund ausgelassen hat, warum die Hydrotherapie sich nicht eingebürgert habe, und das ist der, dass das Publikum gewöhnlich verweigert, diese kalten Bäder zu geben. Wenn der Arzt ein kaltes Bad in Typhus oder Pneumonie oder in irgend einer anderen schweren fieberhaften Erkrankung vorschlägt, dann wird er ganz einfach weggeschickt und ein anderer Doctor gerufen; dieser sagt dann, ja der Doctor so und so versteht das nicht, und giebt ein anderes Mittel. Das ist ein hervorragender Grund, dass das Publikum nicht dazu erzogen worden ist, auf die kalten Bäder günstig herabzusehen.

Ein zweiter Grund, warum die Hydrotherapie sich nicht eingebürgert habe, ist wohl der, dass die Hydrotherapeuten so penibel mit der Ausführung sind. Sie tragen die Sache so vor, als ob ein anderer Sterblicher das gar nicht zu machen verstände, und da bekommen wir eine solche Angst, dass wir es auch nicht anwenden wollen. Nach ihrer Meinung sollte man die Hydrotherapie lieber ihnen allein überlassen, und wir können doch nicht immer in der Privatpraxis einen Hydrotherapeuten rufen, der uns vorzeigt, wie das gemacht werden solle.

Was die Ausführung des Dr. Seibert betrifft, so kann ich nicht verstehen, wie er die Hydrotherapie im Darmtractus anwenden kann. Ich glaubte immer, dass das Wasser höchstens bis zur Valvula coli gehe, war immer der Ansicht, dass die Bacillen in den Drüsen des Dünndarms sitzen, und möchte nun wissen, wie das Wasser den Dünndarm erreichen solle. Vom Magen aus könnte es ebenso wenig die

Bacillen erreichen, da das Wasser schon im Anfangstheile des Dünndarms resorbirt wird.

Dr. Baruch (Schlusswort): Es thut mir sehr leid, dass der Abend schon so sehr weit vorgerückt ist. Dr. Rose hat Dr. Adler auf seinen Hieb betreffs Abwesenheit wissenschaftlicher Darstellung der Hydrotherapie schon geantwortet. Ich selbst glaube, dass die Hydrotherapie — die Wirkung des Wassers — eine viel rationellere und viel wissenschaftlichere Basis besitzt wie die Wirkung irgend eines anderen Mittels. Dr. Adler hat Strychnin als Beispiel erwähnt. Was kann man von Strychnin sagen? Man giebt einem Patienten Strychnin und weiss nicht, ob es wirkt. Nach zwei, drei Wochen oder Monaten geht's Patienten vielleicht besser. Aber bis man toxische Dosen anwendet, weiss man gar nichts von der Wirkung des Strychnin; weder die Respiration noch der Puls — kein Symptom liefert irgend einen Beweis, dass Strychnin dem Körper einverleibt worden ist, so lange keine Vergiftung stattfindet. Mit dem Wasser steht es ganz anders. Man kann es ganz genau dosiren und mit jedem paar Pfund oder Grad Temperatur verschiedene objectiv wahrnehmbare Symptome hervorrufen. Man hat einen Druck von 2 Pfund bis 40 Pfund, eine Temperatur von 35° F. bis 110°, eine Dauer von einer Secunde bis zu Minuten; man hat die verschiedenen Methoden, Einwickelung, Duschen u. s. w. zur Verfügung. Es würde eine längere Zeit in Anspruch nehmen, als mir zur Verfügung steht, um zu erläutern, wie mit allen diesen Methoden und verschiedenen Anwendungen gewisse Wirkungen hervorgerufen werden können, welche ganz wissenschaftlich dargestellt worden sind. Ich möchte nur die Aufmerksamkeit der Herren Collegen darauf lenken, dass das oberflächlichste Studium den Beweis liefern würde, dass das Wasser einen chemischen und mechanischen Reiz auf die Nervenendigungen der Haut ausübt, welcher auf motorischen und sensorischen Bahnen auf die Circulation, Respiration und Secretion reflex wirkt. Diese Thatsachen sind in der neuesten Litteratur angehäuft. Dass die ohnmächtige Frau aus ihrer Syncope durch Bespritzen mit kaltem Wasser entrissen werden kann, weiss ja jeder Laie, und die wissenschaftliche Erklärung dieses Vorgangs erkennt doch jeder Anfänger in der Medizin als Beweis des mächtigen Reizes der Kälte, welcher von den Hautnerven auf das Centralnervensystem gelenkt, auf den Vagus reflex wirkt. Das ist vielleicht zu einfach; Kaninchen und Meerschweine sind nicht zur „wissenschaftlichen Erklärung" dieser Wirkung nöthig. Aber wenn doch solche Opfer verlangt werden, „experimentell exacte Grundlagen für die Anwendung des Wassers in seinen verschiedenen Formen zu schaffen", dürfen unter vielen anderen Maximilian Schüller's schöne Experimente an trepanirten Kaninchen erwähnt werden. Schüller hat an den freigelegten Gefässen der Pia mater beobachtet, wie verschiedene Wasserapplicationen auf den Körper der Thiere, diese Gefässe beeinflussten, und hat festgestellt, dass hydrostatische Einflüsse hier im Gang sind, die das Wasser als mächtiges Agens zur Beeinflussung der Blutvertheilung hervorheben. Ausser Winternitz haben Grawitz, Zuntz, Cohnstein, Loewy, Breitenstein, Alois Strasser, Pospischl und Andere während der letzten fünf Jahre auf ganz exacte Weise experimen-

tell in Laboratorien bewiesen, dass die corpusculären Bestandtheile des Blutes nach kalten und warmen Wasserapplicationen solchen intensiven Veränderungen ausgesetzt sind, wie kein Medicament hervorrufen kann. Ein fruchtbares aber leider vernachlässigtes Feld liegt hier vor jedem praktischen Arzt, der nicht die Hydrotherapie mit Achselzucken begrüsst.

Im Gegentheil zu Dr. Talmeys Beschuldigung haben sich die modernen Hydrotherapeuten bemüht, die Hydrotherapie als Gemeingut der Aerzte aufzubauen. „Sie sind mit der Ausführung so penibel", nicht wie Dr. Talmey meint, weil sie die Technik nicht ihren Collegen überlassen wollen, sondern weil, wie Vogl sagt, sie die „Ausführung" aus den Händen der Badewärter, Naturärzte und anderen Pfuschern, retten wollen, die die Hydrotherapie in Miscredit gebracht haben. Der Arzt, welcher ein kaltes Bad für einen Typhuspatienten verordnet, giebt dem Krankenwärter genaue Anweisung über die Technik — aber wenn er eine „kalte" Einpackung, eine Uebergiessung oder Douche für einen Neurastheniker verordnet, überlässt er diese lieber dem Badewärter in der irrigen Meinung, dass letzterer die Sache besser versteht. Gegen diesen grossen Fehler plaidiren die Hydrotherapeuten, die bewusst sind, dass jeder Arzt sich mit der Technik vertraut machen kann.

Dr. Seibert behauptet, dass er nicht einsehen könne, wie ein absoluter Schutz vor Complicationen im Typhus möglich sei, und ich erlaube mir zu erwiedern, dass es in der ganzen Geschichte der Medicin keinen besseren Beweis für eine therapeutische Thatsache giebt. Dr. Vogl, Generalstabsarzt in der Bayerischen Armee, hat die Documente des Militärärztlichen Hospitals in München veröffentlicht welche beweisen, dass während einer Dauer von 40 Jahren (jedes Jahr wurden die Krankheiten, die Necropsie, die Symptome, die Behandlung, die Mortalität mit allen Details genau beschrieben), seitdem im Jahre 1876 die gewöhnliche Behandlung verlassen und zur Kaltwasserbehandlung übergegangen wurde, seitdem er die Brand'sche Methode angewendet, die Mortalität bis zu 2,7 Prozent herunterging. „Es wird gewiss viel mit der Statistik gesündigt", sagt Dr. Seibert. Das glaube ich selbst, aber es ist sicher, dass sich in der Armeestatistik solche Irrthümer nicht häufig finden werden. Dass die Mortalität hier auf 2,7 Prozent heruntergebracht wurde, während dieselbe unter der anderen Behandlung 15 bis 30 Prozent war, liefert den Beweis, dass dieses Resultat nicht der Milde der Krankheit, sondern der Behandlungsweise zugeschrieben werden muss, indem Diarrhoe, Tympanites, hypostatische Pneumonie, Darmperforation u. s. w. verhütet wurden. Das erhellt aus der Thatsache, dass in einer Abtheilung dieses Hospitals Antipyretica und Bäder zu gleicher Zeit gegeben wurden, in anderen blos die Brand'schen Bäder. Ein Vergleich zwischen diesen Methoden brachte den vollkommenen Beweis, dass die strikte Brand'sche Methode die erfolgreichsten Resultate lieferte.

Die Brand'sche Methode muss der Regel nach vor dem fünften Tag angewendet werden, i. e. bevor die Diagnose festgestellt wird, wenn lethale Complicationen verhütet werden sollen. Obgleich das

eine schwierige Aufgabe sein würde, kann man doch jeden Fieberkranken baden ohne irgend einen Schaden anzurichten, wenn die Diagnose nicht einen Typhus bestätigt. Diese Regel folge ich immer in der Privatpraxis, und ich habe nur einen Fall gehabt, in welchem das Bad abgewiesen wurde.

Die Brand'sche Statistik, welche einigen der Herren neu zu sein scheint, und in welcher die Mortalität fast bis auf Null herabgebracht wurde, ist in der Deutschen Medizinischen Wochenschrift, 1887, veröffentlicht wie folgt:

1. Jürgensen (Tübingen)	217 Kranke.	1 Todter.
2. Vogl (München)	221 Kranke.	6 Todte.
3. Militärlazareth (Stralsund, 1877—'82)	257 Kranke.	1 Todter.
4. Dasselbe 1877—1882	186 Kranke.	3 Todte.
5. Brand (hausärztliche Praxis)	342 Kranke.	1 Todter.
	1223 Kranke.	12 Todte. 1.0%

Keiner von diesen Verstorbenen kam vor dem fünften Tage in die Behandlung; die meisten vom 9ten bis zum 14ten Tag.

Der Skeptiker sagt aber „es wird enorm mit der Statistik gesündigt." Soll eine Statistik, die über 8000 Fälle verfügt, welche während vierzig Jahren in einem Militärlazareth von vielen zu verschiedenen Zeiten fungirenden Aerzten gesammelt worden ist, nicht unser volles Vertrauen gewinnen? Diese Statistik hat m i c h zur Brand'schen Methode bekehrt. Auch sagt uns Dr. Seibert, dass er sich „viel mit Statistik befasst hat, und behauptet, dass nicht die Brand'schen Bäder, sondern die richtige Diät, Hygiene u. s. w. schuld ist an der niedrigen Mortalitätsstatistik." Glücklicherweise haben sich auch andere „mit dieser Statistik befasst." Dr. Guttstadt, Decernent des kaiserlichen statistischen Bureaus in Berlin, schreibt (1.), „dass vielmehr der Behandlung des Abdominaltyphus, die jetzt viel erfolgreicher sei als früher — namentlich der Brand'schen Methode ein bedeutender Einfluss auf die Mortalitätsstatistik zukomme."

Prof. C. Gerhardt (2) sagte in seiner Ansprache beim letzten Semesterbeginn: „Die Sterblichkeit des Unterleibstyphus ist durch die Brand'sche Kaltwasserbehandlung auf den vierten Theil herabgemindert."

Dass Prof. Osler früher der Herzschwäche wegen das kalte Bad nicht angewendet hat, ist kein Beweis, dass er nicht jetzt, wie ich gesagt habe, ein enthusiastischer Vertheidiger der Brand'schen Methode ist, seitdem er die Technik richtig ausführt. Er hatte nämlich in der ersten Auflage seines Buches die Frictionen währnd des Bades nicht erwähnt, diesen Fehler aber später corrigirt.

Dass die Hydrotherapeuten, wie Dr. Seibert behauptet, „viele Hyperbeln in ihren Schriften und Vorträgen benutzen", mag wahr sein. Aber auch die berühmtesten Kliniker „benutzen Hyperbeln", sobald sie die Hydrotherapie erlernt und regelrecht angewendet haben. Das will ich Ihnen, meine Herren, jetzt beweisen.

(1) Deutsche Med. Wochenschr., 18. Februar 1892.
(2) Münchener Med. Wochenschr., 24. Nov. 1896, S. 1165.

Prof. F. A. Hoffmann in Leipzig schreibt (2) (S. 88): „Darin liegt der unübertreffliche Werth des kalten Wassers für die Therapie, wir kräftigen das Nervensystem und dadurch kann die Leistungsfähigkeit des Herzens selbst erhöht werden" etc.

Auf S. 392 sagt er: „Ich bin überzeugt, dass mit der Zeit alle chronischen Organkrankheiten in die Domäne der Badebehandlung werden hineingezogen werden.

„Die kalte Uebergiessung (S. 130) ist mit Recht zu einem Hauptmittel bei den catarrhalischen Pneumonien der Kinder erhoben worden."

Prof. Wilhelm Erb in Heidelberg schreibt (3.): „Zu den wirksamsten und mächtigsten Mitteln in unserem Gebiet gehören kühle und kalte Bäder — die Kaltwasserkur." — „Ihre Resultate in allen möglichen chronischen Nervenkrankheiten sind ausserordentlich günstig. — Wir besitzen wenige Heilmittel die einen gleich mächtigen Einfluss auf das Nervensystem ausüben."

Prof. Kussmaul in Strassburg schreibt (4.) (S. 13): „Es lässt sich nicht läugnen, der Glaube an das Recept ist bei den Gebildeten im Niedergange und die Zuversicht zu diätetischen Kurmethoden und der Heilkraft des Wassers im Steigen. — Es ist namentlich das Wasser, das sich als Heilmittel ein stetig wachsendes Vertrauen errang und wie keine anderes, in mannigfach wechselnder Temperatur und Anwendung, den verschiedensten Kurzwecken dienstbar gemacht werden kann."

Semmola, der jüngst verstorbene Neapolitanische Professor, dessen Vorträge in 1890 von Nothnagel mit einem lobenden Vorwort versehen, ins Deutsche übertragen wurden, schreibt: „Die Hydrotherapie regt die Hautthätigkeit an und mit ihr sämmtliche Functionen des Stoffwechsels und der organischen Reinigung, so dass dadurch oft wahre Wunder von Wiedergenesung in schweren und verzweifelten Krankheitsfällen erzielt werden."

Aus der Klinik des Prof. v. Leyden berichtet (S. 130) Klempner (5.), dass „es sich bei der hydrotherapeutischen Einwirkung um einen ganz ausserordentlichen, unvergleichlichen Reiz auf das Nervensystem handelt, der auf die verschiedenen Organe ausgeübt wird." „Auf unserer Klinik (S. 131) betrachten wir die Hydrotherapie als einen ganz wesentlichen Factor der Behandlung in Bezug auf Bronchialasthmen." „Viel grösser (S. 132) ist ihre Rolle bei nervösen Herzkrankheiten — aber sie spielt auch eine ganz gewaltige Rolle bei organischen Herzkrankheiten." „Für viel objectiv wirksamer (S. 133) halte ich die hydrotherapeutischen Einwirkungen bei Magen- und Darmkrankheiten." — „Hier bleibt aber die Hydrotherapie (S. 134) der mächtigste Factor" etc. — „Ich will nur ganz kurz sagen, dass wir die mannigfaltigsten pathologischen Zustände des Magendarmtraktus, die chronischen Verstopfungen, Diarrhoen, Enteralgien mit sehr gutem Nutzen hydrotherapeutisch behandelt haben."

(2) Vorlesungen über allgemeine Therapie, Leipzig. Vogel. 1892,

(3) V. Ziemmssen's Cyclopaedia. (Rückenmarkskrankheiten).

(4) Ueber den commissarischen Entwurf zur Revision der deutschen medicinischen Prüfungsordnung. 1896.

(5) Veröffentlichungen der Hufeland'schen Gesellschaft in Berlin. 1896. Eugen Grosse's Verlag.

So könnte ich ad libitum viele dieser „Hyperbeln aus den Schriften und Vorträgen" der berühmtesten Kliniker citiren. Diese Herren haben sich nicht von den „Hyperbeln der Hydrotherapeuten" abschrecken lassen. Sie haben die Sache geprüft, wie es Delafield, Draper, Peabody und Osler in unserem Lande gethan haben, und sind, wie diese, eifrige Anhänger der Hydrotherapie geworden.

Noch eins möchte ich betonen. In meinem Vortrage und in meinen früheren Schriften habe ich nie das Wasser als Universalheilmittel gepriesen. Ich habe meine Beobachtungen in der Hydrotherapie als Haus- und Hospitalarzt gesammelt, ebenso wie ich es mit Calomel, Salicyl, Jod, Digitalis, Morphium, Chinin gethan habe. Als fünfunddreissigjähriger Praktiker bin ich nicht bereit, diese und andere erprobte Medicamente zu verwerfen. Dennoch muss ich bekennen, dass in den verzweifeltesten chronischen Fällen das Wasser Hülfe geleistet hat, nachdem ich und andere Collegen von den bewährtesten Medicamenten im Stich gelassen worden war.

Deshalb sage ich mit Pindar; "*αριστον μέν ὑδων*". Und hierin bestätigen mich die berühmtesten Kliniker, deren Aussage über Hydrotherapie ich Ihnen an's Herz legen möchte, meine Herren!

Sekr. Dr. A. Rose: Es sind Resignationen eingereicht worden von den Herren Dr. G. Stein, der nach Minnesota verzogen ist, und Dr. Hölger, der ebenfalls New York verlassen will.

Präs. Dr. W. Freudenthal: Wenn kein Widerspruch erhoben wird, erkläre ich die Resignationen für angenommen.

Schluss und Vertagung.

---

12. Internationaler Medicinischer Congress in Moskau,

19. bis 29. August 1897.

Vorläufiges Programm der einzelnen Sectionen.*)

Section 1. ANTHROPOLOGIE, ANATOMIE UND HISTOLOGIE.

A) Anthropologie: 1) Auf welchem Wege kann man die genauesten Angaben über die anthropologischen Typen der Bevölkerung Russlands erhalten? Preisausschreibungen, Circuliren von Fragebogen etc. 2) Worin bestehen die characteristischen Eigenthümlichkeiten des monogolischen Schädels? In welchen Racen sind diese Eigenthümlichkeiten am meisten ausgesprochen? 3) Inwiefern unterscheidet sich der Schädeltypus der jetzigen Bevölkerung von Centralrussland vom alten Typus aus der Zeit der Kourganen? Vorausgesetzt, dass diese Schädelmodification überhaupt besteht, wie kann sie erklärt werden? 4) Professor Sergi's Schädeltypen und ihre Bedeutung für die Classification der Schädelformen. 5) Skelett- und äussere Gewebsanomalien. Bieten einzelne dieser Anomalien Rasseneigenthümlichkeiten und können sie als Erscheinungen von Atavismus aufgefasst werden.

*) Aus dem officiellen französischen Bericht übersetzt.

. B) Anatomie: 1) Soll die von der deutschen anatomischen Gesellschaft ausgearbeitete lateinische anatomische Nomenclatur als internationale anerkannt werden? 2) Wie lässt sich eine einheitliche Nomenclatur in die russische anatomische Literatur einführen? 3) Ist die Polydactylie eine Verdopplung oder eine Erscheinung von Atavismus? 4) Homologie der oberen und unteren Extremitäten.

C) Histologie: 1) Vergleichende Kritik der verschiedenen Theorien und Hypothesen über die Structur des Protoplasmas. 2) Die Bedeutung der Blastomeren für die Segmentation des Eies. Die Entwicklung der interstitiellen und Oberflächengewebe (substances cuticulaires). 3) Die Bedeutung der Centrosomen, der Kugeln und der Nebenkerne in den verschiedenen Zellarten. Die Bedeutung der directen Theilung (amitotisch). 4) Entstehung der Zelle. Entwicklung der Theile, welche den Zellorganismus bilden. 5) Die Innervation der Drüsen. 6) Ueber die Verschiedenheiten der Nervenendigungen in ihrer Abhängigkeit von gewissen mechanischen Bedingungen. 7) Ueber die Localisation und die Vorgänge in der ersten Entwicklung der Organe des uropoetischen Systems (systeme genitau-urinaire). 8) Bedeutung und Entstehung der Blutplättchen von Bizzozero und ihre Beziehungen zur Coagulation. 9) Gibt es eine physiologische Diapedesis der Leucocyten? Wo findet sie statt? In welchen Verhältnissen? Welche Rolle spielen diese Körperchen im Körper? 10) Die Secretionscanälchen (speciell die primitiven Capillarröhrchen) der Speicheldrüsen, des Pancreas und der Leber. 11) Ueber die Möglichkeit der Aufstellung einer besseren Classification der thierischen Gewebe. 12) Der Ursprung des Gehirns (de la partie encephalique) bei den Vertebraten, den Menschen inbegriffen. 13) Das mechanische Princip der Entwicklung der organischen Wesen. 14) Die Structur der Nervenzellen und ihre gegenseitigen Beziehungen in den Nervencentren. 15) Ueber die histologischen Veränderungen der Drüsenzellen während der Ruhe und während der Thätigkeit. Die sensoriellen Nervenendigungen im Herzen. 17) Die Nervenendigungen in den Nervenzellen der Spinalganglien. 18) Ueber die sensiblen Nerven der Muskeln (der glatten und quergestreiften). 19) Ueber Formen und Vorkommen des elastischen Gewebes im thierischen Körper und seine Bedeutung für denselben. 20) Structur und Vorkommen der Basalmembranen im thierischen Körper und deren Bedeutung.

Section II. PHYSIOLOGIE UND PHYSIOLOGISCHE CHEMIE.

1) Die Bedeutung der physiologischen Psychologie und ihre Bedeutung für die medicinische Ausbildung. 2) Die Bedeutung der Stickstoffnahrung für den Stoff- und Kraftumsatz im thierischen Organismus.

Section III. ALLGEMEINE PATHOLOGIE UND PATHOLOGISCHE ANATOMIE.

1) Die Entstehung der verschiedenen Diabetesformen. 2) Die pathologische Physiologie der Thrombose. 3) Die pathologische Physiologie des Myxödems. 4) Die Grundsätze der Immunitätslehre. Die Bildung und Bedeutung der Antitoxine bei der künstlichen Immunität. 5) Welche Rolle spielt das Gefässsystem und das Parenchym bei der

Entzündung? 6) Ueber die Constanz der pathogenen Bacterienarten nach ihrer botanischen Classification und nach den Krankheitsbildern.

Section IV a. ALLGEMEINE THERAPIE.

1) Serumtherapie und die prophylactischen Impfungen. 2) Organtherapie. 3) Ueber den Werth der modernen Diätformen (künstliche Ernährung, forcirte Ernährung, Kumys- und Traubencuren; Surrogate der in der Therapie verwendeten Nährstoffe. 4) Die verschiedenen Arten der Fieberbehandlung. 5) Die modernen Methoden der antiphlogistischen Behandlung (phlebotomie etc.). 6) Hydrotherapie. 7) Climatotherapie (Seeclima, Gebirgsclima, Seereisen etc.). 8) Allgemeine Therapie der verschiedenen Organerkrankungen (z. B. die neuen Behandlungsmethoden der Herzkrankheiten). 9) Electrotherapie.

Section IV. b. PHARMACOLOGIE.

1) Die Abortivbehandlung des Erysipels (äusserliche Behandlung). 2) Die radicale Behandlung der epidemischen Cerebrospinalmeningitis (subcutane Methode). 3) Die Behandlung der Pneumonie durch äussere Anwendung von Guajacol. 4) Das Calomel bei Herzleiden. 5) Die Behandlung des recidivirenden Erysipels. 6) Die Behandlung des Abdominaltyphus. 7) Der Werth der verschiedenen Wasserapplicationen in der Hydrotherapie. 8) Die Climatotherapie bei der Lungentuberculose. 9) Ueber Desintoxication.

Section IV. c. PHARMACOGNOSIE UND PHARMAZIE.

1) Die Amanita Phaloides. Ihre botanischen Varietäten, ihr geographisches Vorkommen, chemische Zusammensetzung und physiologische Wirkung. 2) Classification der gebräuchlisten practisch wichtigen Drogen. Untersuchung der neuen und schon bekannten Drogen, deren Kenntniss noch zu wenig verbreitet ist. 3) Die wichtigsten organischen und anorganischen pharmaceutischen Arzneimittel. 4) Die besten Methoden zur gerichtlich-medicinischen Bestimmung der heroischen Medicamente: Alcaloide, Glycoside, Amara etc. 5) Ueber die Cultur der Narcotica und den Werth ihrer Präparate. 6) Die sichersten Bestimmungen der Alcaloide in den narcotischen Medicamenten. 7) Die besten Methoden zur Darstellung der Aqua Amygdalarum amararum. 8) Die Nothwendigkeit einer genauen quantitativen Bestimmung der specifischen Stoffe und Alcaloide in den Extracten, Tincturen und anderen heroischen Arzneimitteln. 9) Galenica internationalia. 10) Die im Volke üblichen Heilmittel in ihren Beziehungen zur Histologie und Chemie. 11) Die Präparate der Serum- und Organtherapie beleuchtet vom pharmaceutischen Gesichtspunkte aus. 12) Das Wasser im Lichte der Hygieine und der Pharmacologie. 13) Die microscopische Prüfung auf die Aechtheit der Pulverpräparate. 14) Die Excretionsproducte der Pflanzen. 15 Die wichtigsten Mittel zur Bestimmung (vom anatomischen und chemischen Standpunkt aus) der Frucht des Illicium verum Hooker (Badiane vraie) und des Illicium religiosum Sieboldt (Badiane fausse). 16) Die histologischen Unterschiede zwischen der Schale der Sinapis nigra L. der Sinapis Juncea L und der Sinapis alba L.

Section V. INTERNE KRANKHEITEN.

1) Die essentiellen Ursachen der Chlorose. 2) Werden die verschiedenen Typen von Sumpffieber durch den Laveran'schen Parasiten oder durch ein anderes Bacterium hervorgebracht? 3) Die Climatherapie der Lungentuberculose. 4) Die Beziehungen der nervösen Dyspepsien zu den allgemeinen Neurosen; ihre Symptome und Aetiologie). 5) Die klinische Eintheilung der Nephritiden. 6) Die Aetologie der chronischen Nephritis. 7) Die clinischen Formen der Lebercirrhose. 8) Die Aetiologie der chronischen Herzklappenfehler. 9) Die Aetiologie der Obesitas. 10) Die Aetiologie der Gicht.

Section VI. KINDERKRANKHEITEN.

1) Die Diagnostik der Lungentuberculose in der ersten Kindheit. 2) Die Diagnostik der Meningitis tuberculosa. 3) Der Keuchhusten und seine Influenzacomplicationen. 4) Ueber Diarrhoen als Begleiterscheinungen der Krankheiten der Respirationsorgane. 5) Die Pathologie des Lymphsystems im Kindesalter. 6) Ueber die Eigenschaften des normalen Blutes und ihre pathologischen Modificationen in den Krankheiten der verschiedenen Altersstufen. 7) Die therapeutischen Resultate der Serumtherapie bei Diphtheritis und anderen Krankheiten. 8) Die Resultate der „ponction en ceinture" beim Hydrocephalus. 9) Ueber Arythmie der Herzaction bei Kindern. 10) Die Resultate der Laparatomie bei der tuberculösen Peritonitis. 11) Organisation und Erfolge der Thätigkeit der russischen Findelhäuser und der Kinderasyle im allgemeinen. 12) Welches sind die Unterschiede der natürlichen und künstlichen Ernährung der Kinder vom physiologischen und pathologischen Standpunkte aus. 13) Syphilis hereditaria. 14) Die hämorrhagische Diathese und die geographische Vertheilung der Rachitis. 15) Der Einfluss der Schularbeiten auf die Gesundheit und die körperliche Entwicklung des Kindes.

Section VII. NERVEN- UND GEISTESKRANKHEITEN.

A) 1) Die Pathologie der Nervenzelle. 2) Die Aetiologie und pathologische Anatomie der Syringomyelie. 3) Die Aetiologie und Behandlung der Tabes dorsalis. 4) Die operative Behandlung der Hirnerkrankungen.

B) 1) Wahnideen und fixe Ideen. 2) Die Aetiologie der progressiven Paralyse der Irren, und die Unterscheidung dieser Krankheit von verwandten Krankheitsformen. 3) Hypnotismus und Suggestion in ihren Beziehungen zu den Geisteskrankheiten und zur gerichtlichen Medicin.

Section VIII. HAUT- UND VENERISCHE KRANKHEITEN

1) Actinomycosis der Haut. 2) Primäre Hauttuberculose. 3) Arthrite de la peau. 4) Hautsarcomatosis. 5) Acanthosis nigricans. 6) Die Aetiologie der Area Celsi s. Jonstoni. 7) Die gonorrhoischen Dermatosen. 8) Die mercuriellen Dermatosen. 9) Hauteruptionen bei Malaria. 10) Die Behandlung des einfachen Scleroms (Sclerodermie). 12) Wann soll die Quecksilberbehandlung bei Syphilis eingeleitet werden? Wie lange soll die Syphilisbehandlung dauern? Soll die specifische Behandlung erst mit dem Auftreten von Secundärerschei-

nungen oder schon vorher eingeleitet werden? 13) Die Veränderungen der Blutelemente beim Syphilitischen in der Periode der Condylome. 14) Syphilis und Serumtherapie. 15) Die Behandlung der Syphilis mit löslichen und unlöslichen Quecksilberpräparaten.

Section IX. CHIRURGIE.

1) Die Methoden zur Behandlung inficirter Wunden. 2) Die nicht operativen Behandlungsmethoden der malignen Neubildungen mit specieller Berücksichtigung der Resultate der Serumtherapie. 3) Die Hirnchirurgie bei Tumoren und Jackson'scher Epilepsie; die Operationsresultate. 4) Die Lungenchirurgie, speciell bei tuberculöser Cavernenbildung und Lungengangrän. 5) Die Behandlung der carcinomatösen Stricturen des Oesophagus, Pylorus und Rectum. Resultate der verschiedenen Behandlungsmethoden. 6) Die gonorrhoischen und syphilitischen Gelenkserkrankungen. 7) Hauptregeln zur Construction der Prothesen für die untere Extremität (bei Gelenksaffectionen, Lähmungen, congenitalen Luxationen und nach Amputationen).

Section IX. a. ZAHNHEILKUNDE.

1) Wesen und Behandlung der Alveolareiterungen. 2) Die Hygieine der Mundhöhle und der Zähne.

Section X. MILITAERMEDICIN.

1) Inwiefern sollte die Genfer Convention einer Durchprüfung unterzogen werden, um eine verschiedenartige Auslegung ihrer Artikel zu vermeiden, und welche Aenderungen sind an ihr vorzunehmen in Bezug auf die modernen Waffen und die grössere Zahl der Combattanten? 2) Die Organisation zum Aufsuchen der Verwundeten auf dem Schlachtfelde. 3) Welches ist der beste Verband für Kugelverletzungen? 4) Die besten Apparate zur Behandlung der durch Geschosse hervorgebrachten Fracturen. 5) Die besten Modelle für Tragbahren für Verwundete. 6) Die bequemsten und billigsten Fuhrwerke für den Verwundetentransport. Ueber den Transport der Verwundeten. 7) Der Verwundetentransport in den Wagen der schmalspurigen Secundärbahnen. 8) Die Versorgung der Feldarmeen mit Trinkwasser. 9) Wie und bis zu welchem Grade lässt sich ein einheitliches Zusammenspiel im Armeesanitätsdienst erreichen?

Section XI. AUGENKRANKHEITEN.

1) Die operative Behandlung der Myopie. (Fukala's Methode). 2) Das Trachom und seine Behandlung. 3) Versuch einer Classification der Hornhaut- und Bindehauterkrankungen vom bacteriologischen Standpunkte aus. 4) Der therapeutische Werth der subconjunctivalen Injectionen.

Section XII. a. OHRENKRANKHEITEN. Siehe unter Mittheilungen in letzter Nummer.

Section XII. b. RACHEN UND NASENKRANKHEITEN. Siehe Mittheilungen in letzter Nummer.

Section XIII. GEBURTSHUELFE UND GYNAEKOLOGIE.

A) Geburtshülfe. 1) Ueber die Symphysiotomie. 2) Die äussere Untersuchung. 3) Die Anwendung der Serumtherapie beim

Puerperalfieber. 4) Die Beziehungen zwischen der gonorrhoischen Infection und den Erkrankungen des Wochenbettes.

B) 1) Ueber die Colpotomie in Fällen von Entzündung der Uterusadnexe, sowie von Lageveränderungen und Neubildungen der Gebärmutter. 2) Die Gonorrhoe und ihre Behandlung ausserhalb der Schwangerschaft. 3) Ueber die chirurgische Behandlung der Peritonitis. 4) Vergleichende Kritik der verschiedenen Operationsmethoden bei Uteruscarcinom.

Section XIV. HYGIEINE, SANITAETSSTATISTIK, SOCIALE MEDICIN UND EPIDEMIOLOGIE.

Das Programm wird erst später bekannt gegeben.

Section XV. GERICHTLICHE MEDICIN.

1) Die Schöpfung eines Verbandes vereidigter Gerichtsärzte, deren Specialität gerichtliche Medicin ist, und die entsprechenden Abänderungen der Unterrichtsverhältnisse für die Gerichtl. Medicin. 2) Ueber die Nothwendigkeit einer ausgedehnteren Verwendung der microscopischen Untersuchungsmethoden in der gerichtlichen Medicin. Ueber die Bedeutung der Bacteriologie für die gerichtliche Medicin. Der gerichtlich-medicinische Nachweis der Gonococcen. 3) Der gegenwärtige Stand der Ptomainfrage in der gerichtlichen Medicin. 4) Der gegenwärtige Stand der Frage der Lebensproben und die Bedingungen, welche ihre Zuverlässigkeit beeinflussen. 5) Der Werth des Indicienbeweises beim Tod durch Asphyxie. Ueber die Bedingungen, welche das Zustandekommen von sub-pleuralen Ecchymosen begünstigen. Die Ecchymosen und ihr Verhältniss zum Tod durch Erwürgung. 6) Die glycogene Function der Leber in ihrer Beziehung zu gerichtlich-medicinischen Expertisen. 7) Die pathologisch-anatomischen Anzeichen des Todes durch Erfrieren. 8) Der gerichtlich-medicinische Nachweis des Chloroformtodes. 9) Ueber die ätzende Wirkung der arsenigen Säure und ihrer Salze. 10) Ueber die Zurechnungsfähigkeit der Hysterischen. 11) Das für Verbrecher geschlechtlicher Natur zu verhängende Strafmass. 12) Gibt es eine Verbrecheranlage im Sinne der Schule Lombroso's? 13) Ueber den Tod durch Shockwirkung. 14) Ueber die Todtenstarre. 15) Eigenthümlichkeiten der Leichenzersetzung beim Foetus und beim Neugebornen. 16) Ueber die Arten der Unterscheidung des menschlichen Blutes von dem der anderen Säugethiere bei den gerichtlich-medicinischen Untersuchungen. 17) Ueber die verbrecherische Zerstückelung der Leichen und die Methoden, deren Wuchs und Alter zu bestimmen.

M o s c a u, den 5. November 1896.

Therapeutische und klinische Notizen.

— Gelegentlich einer kürzlich in der „Edinb. med. and chir. Soc." stattgehabten Discussion über die Anwendung und Indication der Cardiaca, insbesondere von S t r o p h a n t u s u n d D i g t a l i s, erörterte T. R. Fraser zunächst die Vorzüge des Strophantus. Dasselbe wirke

auf die quergestreifte Musculatur, während die Digitalis mehr die glatten Muskelfasern beeinflusse. Er hält dasselbe für ein mächtigeres Herztonicum als die Digitalis, weil es eine Erhöhung des Blutdruckes bewirke, ohne so sehr auf die kleinen Arterien verengernd einzuwirken. Bei Gesunden ist der diuretische Effect sehr gering. Die Hauptwirkung hat es bei Mitralfehlern mit Rückstauung und Oedemen, die Frequenz und Unregelmässigkeit des Pulses wird vermindert und zugleich Diurese eingeleitet. Bei Stenose sind Herztonica überhaupt weniger angezeigt, weil da durch Ruhe und Allgemeinbehandlung ebenso leicht Compensation erreicht werden kann. Bei Aortenfehlern mit Veränderungen an den Klappen und bei Gefässerkrankungen überhaupt empfiehlt er lebhaft die combinirte Anwendung von Jodkali und Strophantus. Dieselbe hat ferner nicht die Cumulativwirkung wie Digitalis und verursacht sehr wenig gastro-intestinale Störungen. In manchen Fällen empfiehlt sich eine Anwendung der Nitrite mit Strophantus, Coffein und Jodkali. — C. W. Balfour nahm dementgegen die Digitalis in Schutz. Er gibt öfter wiederholt grosse Dosen für eine kurze Zeit bei Dilatation des Herzens. Gute Erfolge sah er von der Combination eines Digitalisinfuses mit Jodkali bei Atheromatose des Herzens. Th. Grainger Stewart zieht Strophantus der Digitalis nur dann vor, wenn sehr rasche Wirkung erwünscht ist. Er wendet Digitalis ohne Scheu auch bei Aortenfehlern an. Bei acut entzündlichen Herzerkrankungen verwirft er die Anwendung der Herztonica überhaupt. Im Uebrigen macht er auf die grosse Wichtigkeit der mechanischen Hilfsmittel zur Erleichterung des Herzens aufmerksam.

— Als ein einfaches Mittel, um das Beschlagen der Kehlkopfspiegel zu verhüten, schlägt A. Kirstein Folgendes vor („D. med. Woch.", 1897, No. 8): Auf dem trockenen Kehlkopfspiegel wird eine winzige Spur gewöhnlicher gelber Schmierseife verrieben und die Fläche dann mit einem trockenen Tuche in kreisenden Bewegungen polirt, bis der Spiegel wieder blank ist. Einen solchen Spiegel kann man unerwärmt in den Rachen des Pat. einführen, ohne je eine Trübung des Gesichtsfeldes durch Anlaufen des Glases zu erfahren.

— Nach Dr. Woodruff („La sem. méd.", 1897, No. 11) bildet das Phenacetin bei Rhinitiden ein ausgezeichnetes Mittel. Wenn es sich um Rhinitis mit reichlicher Secretion handelt, empfiehlt W. mehrere Prisen von folgendem Pulver zu nehmen:

Phenacetin
Pulv. amyli ..... aa. 4.0
Pulv. acaciae 8.0

Bei trockener Rhinitis lässt W. einige Tropfen einer Mischung von Glycerin und Phenacetin in die Nasenhöhle instilliren.

— Ueber die Erfahrungen mit dem Eucain bringt die „Münch. med. Woch." folgende Zusammenstellung: G. W. Spencer (Univ. Med. Mag. Philadelphia XI. 1896) hatte das Eucaïn hydrochlor. als locales Anaestheticum in 20 Fällen bei kleineren Operationen (eingewachsener Nagel, Abscesse, Epitheliom der Nase, Atherome etc.) angewendet und zwar in 5 proc. Lösung äusserlich und subcutan. Eintritt der vollkommenen Anaesthesie durchschnittlich in 3—5 Minuten. Seine Vorzüge sind die verhältnissmässig rasche, sichere und anhaltende Wirkung,

der Ausschluss übler Folgeerscheinungen und die Möglichkeit der Sterilisation.

Legueu (Méd. Mod. 28. Oct. 1896) wendet ebenfalls seit sechs Monaten das Eucaïn statt des Cocaïn an in einer Stärke von 1:100 subcutan 8—10 ccm., und 100—200 g. einer Lösung von 1:500 zum Einspritzen in die Blase. Der einzige Nachtheil ist die durch dasselbe bewirkte locale Congestion. Thierversuche ergaben ihm eine geringere Toxicität als beim Cocaïn.

L. S. Somers (Therap. Gaz. 15. Jan. 1897) versucht das Eucaïn (4 Proc.) als Anaestheticum bei der Cauterisation der Nasenmuscheln. Die congestive Wirkung des Eucaïns ist hier von Nachtheil, auch beobachtete er ein gegenüber dem Cocaïn verspätetes Eintreten der Anaesthesie. Er schlägt die Anwendung einer Lösung von Cocaïn und Eucaïn aa vor.

J. S. Gibb (Philadelphia Polyclinic 23. Jan. 1897) dagegen hat das Eucaïn für Operationen im Nasenracheraum sehr zweckdienlich gefunden und zieht es speciell bei Pharynxaffectionen dem Cocaïn vor.

— Jodthyrin in der Kinderpraxis. Bei Versuchen, die von Dr. Fr. Lanz an der Grazer Kinderklinik angestellt wurden, bewährte sich das Jodothyrin bei parenchymatösen Strumen als ein prompt wirkendes Mittel. Eine günstige Wirkung zeigte sich ferner bei scrophulösen Drüsenschwellungen und in einem Falle von Myxoedem. Die Dosis betrug in allen Fällen 0,3 g. Thyrojodin 2 mal täglich. (Therap. Woch. No. 11.)

Kleine Mittheilungen.

— Koch's Untersuchungen über die Rinderpest in Südafrika haben in verhältnissmässig kurzer Zei zu einem greifbaren praktischen Resultat geführt. Unterm 10. Februar hat Koch aus Kimberley einen Bericht an den Landwirthschaftsminister der Capcolonie gerichtet, aus welchem wir folgende Sätze wiedergeben wollen:

„Schon in meinem vorigen Bericht konnte ich mittheilen, dass das Blutserum von Rindern, welche die Rinderpest überstanden haben, eine gewisse immunisirende Wirkung habe auf gesundes Vieh, welches damit geimpft wurde. Jedoch sind seine schützenden Eigenschaften nicht sehr gross, denn es bedarf 100 ccm. solchen Serums, um ein Thier gegen die Einimpfung einer kleinen Dosis Rinderpestblut zu schützen. Diese Immunität ist nur eine passive und kurzdauernde. Für Schutzimqfungen im grossen Massstab ist dieses Serum daher nicht verwerthbar; es gelang mir jedoch innerhalb 14 Tagen mehrere Thiere mit einer Mischung von Serum und virulentem Rinderpestblut soweit zu immunisiren, dass sie eine Injection von 20 ccm. Rinderpestblut, d. i. das 10,000-fache der tödtlichen Dosis, vertragen. Ich schliesse daraus, dass die Immunität dieser Thiere eine viel stärkere und dass sie eine active ist, ähnlich derjenigen, die durch das Ueberstehen der Rinderpest erworben wird. Es ist wichtig, hervorzuheben, dass nur 20 ccm. solchen Serums zur Immunisirung genügen, 1 l für 50 Stück Vieh. Weitere Versuche werden nun festzustellen haben, ob

diese Immunität in noch kürzerer Zeit, mit noch kleineren Serumdosen und mit nur einer Injection erzielt werden kann.

Eine zweite, gleich wichtige Thatsache ist die, dass gesunde Rinder mit Galle von an Rinderpest gefallenen Thieren immun gemacht werden können. In diesem Falle genügt eine subcutane Einspritzung von 10 ccm. Die Immunität tritt spätestens am 10. Tage ein und währt so lange, dass noch nach 4 Wochen 40 ccm. Rinderpestblut subcutan ohne Schaden vertragen wurden. Die auf diese Weise erzeugte Immunität ist also eine active. Die einzige locale Folge einer Injection besteht in einer harten, etwas schmerzhaften, mannsfaustgrossen Schwellung, die in einigen Wochen verschwindet, vorausgesetzt, dass die Galle nicht zersetzt ist, wie dies bei rinderpestkranken Thieren häufig vorkommt. In solchen Fällen können Abscesse entstehen, was jedoch den Immunisirungsvorgang nicht beeinträchtigt.

Nach diesen beiden Thatsachen bin ich überzeugt, dass die Rinderpest ohne grosse Schwierigkeit und in verhältnissmässig kurzer Zeit durch Anwendung dieser Methode zum Verschwinden gebracht werden kann."

Zu dieser etwas optimistischen Auffassung schreibt Dr. Reinhard aus Pretoria an die Münch. med. Woch.:

Pretoria, 21. Februar 1897.

„Vielleicht dürfte es die Leser der „Münchener med. Wochenschrift" interessiren, einiges von dem Eindrucke zu erfahren, den hier zu Lande die Ihnen wohl bereits bekannte Entdeckung Prof. Koch's bezüglich der Verhütung der Rinderpest gemacht hat.

Diese Entdeckung rief wohl grosse Freude hervor, was sehr natürlich ist in einem Lande, dem diese verheerende Thierkrankheit so unendlichen Schaden zugefügt hat und täglich, ja stündlich zufügt. Allein diese Freude mischte sich in weiten Kreisen sehr bald mit einem, man darf wohl sagen, nicht ganz unberechtigten Misstrauen.

Die Versuche, durch Injection von Galle erkrankter Thiere andere Thiere zu immunisiren, sind nämlich schon seit langer Zeit hier in grosser Ausdehnung gemacht worden. Allein es hat sich im Laufe der Zeit herausgestellt, dass diese Immunität nur verhältnissmässig kurze Zeit anhält, und dass nach Verlauf dieser Zeit die injicirten Thiere um so leichter von der Rinderpest ergriffen werden und derselben erliegen. Diese Beobachtungen sind so zahlreich gemacht worden, dass man die Regierung wiederholt bestürmt hat, die „Inoculationen" (wie man es hier nennt) vollständig zu verbieten, da sie nicht nur werthlos seien, sondern sogar zur Verbreitung der Rinderpest auf Heerden, welche noch nicht inficirt waren und welche vorsichtshalber „immunisirt" wurden, beigetragen hätten. Die optimistischen Beobachter sprechen sich dahin aus, dass die erwähnte Injection von Galle die Thiere für 40, höchstens 90 Tage immunisire, und dann auch eine nachträglich nochmals applicirte Injection keine fernere Immunisirung mehr zu bewirken vermöge. Wenn man nun bedenkt, dass Prof. Koch erst seit etwa 5 Wochen seine Experimente in Kimberley begonnen hat, so wird es nicht zu verwundern sein, dass sich da und dort Zweifel betr. des Werthes der grossen Entdeckung aufdrängen.

Es möge noch erwähnt werden, dass der bisher allgemein verbreitete Glaube, sog. salted Thiere (d. i. solche, welche die Rinderpest überstanden haben) wären immun gegen eine neue Attaque von Rinderpest, in letzter Zeit schon mehrfach getäuscht worden ist. Es haben sich desshalb bereits Stimmen laut gemacht, dass auch das Ueberbringen von salted Ochsen aus inficirten in nichtinficirte Districte verboten werden solle, da auf diese Weise die Krankheit wiederholt verbreitet wurde.

Im Uebrigen macht sich glücklicherweise auch bei der Rinderpest dasselbe Gesetz geltend, wie bei fast allen Infectionskrankheiten, dass nämlich jetzt ein viel grösserer Procentsatz der befallenen Thiere wieder genest als früher, also eine Abschwächung des Infectionsstoffes eingetreten ist.

Es wäre ja im hächsten Grade aus verschiedenen Gründen u. u. A. auch im Interesse der deutschen Wissenschaft wünschenswerth, dass die Entdeckung K o c h ' s wirklich von dem Erfolg gekrönt würde, welchen sich ihr Entdecker verspricht. Einstweilen jedoch sieht man noch mit einem gewissen Gefühle von Bangen dem Endresultate entgegen."

— In der „Médecine orientale" findet sich eine chronologische Zusammenstellung der Pestepidemien aus den ältesten Zeiten bis auf unsere Tage u. zw.: Vor Chr. Geburt: 1491 in Palästina; 534 Carthago; 453 Rom; 430 Athen; 187 griechischen Inseln und Egypten. Nach Chr. Geburt: in den Jahren 80, 167, 169, 183, 250, 265 in Rom; 746 Constantinopel; 749 Constantinopel, Griechenland, Serbien; 1348—49 Florenz und Mittelfrankreich, 1370, 1381, 1541, 11564, 1697 Wien; 1407, 1603, 1664, 1666 London; 1611 Constantinopel; 1630 Pisa; 1632 Lyon, 1656 Constantinopel; 1720 Marseille; 1792 Egypten, 1799 Berberei; 1815—16 Neapel; 1856—61 Bagdad; 1858 Tripolis; 1860 Tunis; 1875—77 Mesopotamien (endemisch), 1880 (epidemisch); 1875—77 Irak—Arabi, 1876 Chuster; 1877 Recht; 1894 Hongkong und 1897 Bombay.

— Im Verlage von Th. G. Fisher & Co. in Cassel begann zu erscheinen: „Archiv für Schiffs- und Tropen-Hygiene, unter besonderer Berücksichtigung der Pathologie und Therapie": unter Mitwirkung zahlreicher namhafter Forscher herausgegeben von Dr. C. M e n s e in Cassel. Das 1. Heft enthält Beiträge von A. P l e h n-Kamerun, N o c h t-Hamburg, M a r t i n-München, G l o g n e r-Samarang, ferner Referate, pharmakologische Mittheilungen etc. Der Preis des 6 Hefte umfassenden Jahrganges beträgt M. 12.

— Tuberculose und Eheversprechen. Eine englische Jury war jüngst in einem Falle in nicht geringer Verlegenheit, wo sie über medicinische und bacteriologische Theorien aburteilen sollte. Ein Arzt, Namens S w e l l hatte einer Miss F. die Ehe evrsprochen, zog sich aber kurz darauf von ihr zurück, weil die Mutter der Miss F. an Tuberculose gestorben war und Dr. S w e l l diese Krankheit von seiner zu gewärtigenden Nachkommenschaft fern halten wollte. Es kam zu einem Prozess wegen Bruch des Eheversprechens, was in England nicht allzu selten zu sein pflegt. Dr. S w e l l wurde zu einer Entschädigungssumme von 1000 Pfd. St. an Miss F. verurtheilt.

— Die internationale Sanitäts-Conferenz. Die technische Commission hat sich für folgende Massnahmen zur Abwehr der Pest entschieden: Jedes Land, in dem auch nur ein einziger Pestfall sich ereignet, verpflichtet sich, hievon allen anderen Staaten Mittheilung zu machen. Successive sind dann detaillirte Mittheilungen über Ursprung, Verlauf und eventuelle Weiterverbreitung der Krankheit mindestens einmal wöchentlich zu übermitteln, und müssen auch die zur möglichsten Einschränkung oder Unterdrückung der Pest getroffenen Vorkehrungen bekannt gegeben werden. Für inficirte Land-Provenienzen (durch Eisenbahnen beförderte Personen und Effecten) wird die Verpflichtung einer dem modernen wissenschaftlichen Standpunkte entsprechenden Desinfection an Stelle der von der Sanitäts-Conferenz einhellig verworfenen Landquarantänen festgestellt. Wenn an den Grenzen zwischen zwei Staaten sich die Durchführung ärztlicher Visitationen als nothwendig erweist, so ist dieselbe womöglich in Verbindung mit der Zollrevision zu bewerkstelligen. Für Reisende, welche aus inficirten Ländern kommen, wurde bestimmt, dass sich dieselben einer zehntägigen Ueberwachung vom Tage ihrer Abreise an zu unterziehen haben. Für inficirte Schiffe wurde festgestellt: Kranke werden sofort ausgeschifft und isolirt; die Nichtkranken werden einer Ueberwachung von zehn Tagen unterzogen, vom Tage an gezählt, wo sich der letzte Fall ereignete. Alle Effecten und Waaren werden desinficirt. Jedem einzelnen Staate bleibt es vorbehalten, besondere Massregeln gegen gewisse Classen von Reisenden zu ergreifen, speciell gegen Auswanderer, Zigeuner und im Allgemeinen gegen Personen, die in Massen reisen und die Landesgrenzen überschreiten.

— In Stettin starb Sanitätsrath Dr. Brand, der Begründer der Kaltwasser-Behandlung des Typhus.

Geschäftliche Zuschriften, Geldsendungen, Bestellungen, u. s. w., sind zu richten an : Medical Monthly Publishing Co., 17-27 Vandewater Street, New York.

Manuscripte, Wechselblätter und Anfragen bezüglich des Inhaltes sind an den Herausgeber zu richten.

ALFRED MICHEL,
302 W. 32d St.

Zu verkaufen aus dem Nachlasse von Dr. K. Steiger : Office-Einrichtung, Hartnack'sches Mikroskop, Instrumente, Bücher u.s.w. Zu erfragen, 432 Ost 58. Str.

Ein Doctorwagen, ein gutes zuverlässiges Pferd, 2 Geschirre, Decken etc., zusammen für $150.00. Nachfragen zu adressiren an

Medical Monthly Publishing Company, 23 Vandewater St.

New Yorker
Medicinische Monatsschrift.

Officielles Organ der
Deutschen Medicinischen Gesellschaft der Stadt New York.

Redigirt von Dr. Alfred Michel.

Bd. IX. New York, 20. Mai 1897. No. 5.

ORIGINALARBEITEN.

Die hygienisch-dietetische Behandlungsmethode der Lungentuberkulose.

Nebst Bemerkungen über die Versorgung tuberkulöser Armer.

Von

Dr. Geo. Mannheimer.*)

Wenn ich mir erlaube, vor Ihnen heute Abend über das viel bearbeitete, doch unerschöpfliche Thema der Lungentuberkulose zu sprechen, so geschieht es in der Erwartung, dass Sie — in Anbetracht der grossen Wichtigkeit der Tuberkulose-Frage in hygienischer und socialer Beziehung, sowie der gegenwärtigen Agitation der Frage in hiesiger Stadt — meinen Ausführungen Ihr Interesse entgegenbringen werden, selbst wenn dieselben Neues nicht darbieten. Ich muss mich in der That darauf beschränken, Ihnen bekannte Thatsachen wieder aufzufrischen, einzelne nicht genügend beachtete Punkte zu betonen und auf verschiedene mit dem Gegenstande verknüpfte Vorurtheile aufmerksam zu machen.

Das schwerwiegendste Vorurtheil ist wohl der in vielen Laienköpfen steckende Glaube an die Unheilbarkeit der Schwindsucht. Dasselbe lähmt oft unsere besten Heilbestrebungen und muss auf jede Weise bekämpft werden. Kein gebildeter Arzt bezweifelt heutzutage mehr, dass Lungentuberkulose heilbar ist. Die Beweise sind überwältigend. Jeder von uns kennt Fälle von geheilter Lungentuberkulose. Die Berichte erfahrener Aerzte aller Länder bestätigen dieselbe Thatsache. Viele dieser Berichte stützen sich nicht blos auf die klinische Beobachtung, sondern auch auf die anato-

*) Vortrag gehalten in der März-Sitzung der Deutschen Medicinischen Gesellschaft der Stadt New York.

mische Untersuchung der Leichen von Patienten, die wegen Lungentuberkulose behandelt und geheilt worden waren und später an irgend einer anderen Krankheit oder in Folge eines Unfalles zu Grunde gingen.

Der Begriff „Heilung" bedarf der Erläuterung. Eine ideale Heilung, d. h. eine restitutio ad integrum giebt es nicht. Diese tritt aber auch nach vielen anderen heilbaren Krankheiten nicht ein, und ist auch für die praktischen Verhältnisse nicht nöthig. Das nächstliegende zu einer restitutio wäre es, wenn die Lungennarben, die das Resultat unserer Heilbestrebungen darstellen, keine virulenten Keime mehr enthielten. Dies ist häufig nicht der Fall, und entzieht sich durchaus unserer Kenntniss intra vitam (abgesehen von der Tuberkulinprobe). Jedoch sind selbst grössere, bacillenhaltige Tuberkelherde oft so fest und dicht in schwieliges Gewebe eingebettet, dass sie Jahre lang latent bleiben, dass „ihre Träger es eben nicht erleben, dass sie an ihrer Tuberkulose sterben." (Penzoldt).

Dettweiler, Meissen, Turban unterscheiden absolute und relative Heilung. Trudeau, von Ruck, Bowditch klassifiziren ihre Erfolge als anscheinende Heilung, bedeutende Besserung und Stillstand des Krankheitsprozesses. Im allgemeinen können wir einen Patienten als geheilt ansehen, der alle rationellen Zeichen der Krankheit verloren hat, sich vollkommen wohl fühlt, das Leben geniessen und seinem Berufe nachgehen kann. Solche Heilungen können Jahre und Jahrzehnte währen, wie von den zuverlässigsten Berichterstattern bekräftigt wird. Ich bin überzeugt, dass viele von Ihnen, meine Herren, Phthisiker behandelt und geheilt haben, deren Heilung für Jahre anhielt, vielleicht bis zu ihrem Tode an irgend einer anderen Krankheit. Berichte über derartig günstig verlaufene Fälle sind stets willkommen und sollten öfter erstattet werden, schon um dem ärztlichen Publikum die dauernde Hailbarkeit der Krankheit immer wieder vor Augen zu führen. Denn häufig ist die Heilung nur eine temporäre und unvollkommene, indem oft Rückfälle eintreten und nur unter strengster Betrachtung hygienischer Regeln ein leidliches Wohlbefinden bewahrt wird. Aber wir müssen manchmal mit vorübergehenden und unvollkommenen Erfolgen zufrieden sein, da wo die Bedingungen zur Heilung oder zur Erhaltung der Heilung nicht gegeben sind.

Es kommen nämlich bei der Analyse der Heilungsbedingungen keineswegs nur der Zustand der Lungen, der übrigen

Organe, des Allgemeinbefindens und die Geschichte des Patienten in Betracht, sondern es hängen die Heilungsaussichten in beträchtlichem Grade auch von dem Geldbeutel und dem Charakter des Patienten ab — und von der Behandlung d. h. von den Ansichten und der Persönlichkeit des behandelnden Arztes. Von grösster Wichtigkeit für die Wahl der einzuschlagenden Behandlung und für den Erfolg der eingeschlagenen Behandlung ist die Aufklärung des Patienten über seinen Zustand. Ich kann leider diese Frage, die mir sehr am Herzen liegt, wegen Mangel an Zeit nicht ausführlicher abhandeln. Betonen will ich nur, dass wir den Schwindsüchtigen um so grössere Offenheit schulden, je gebildeter sie sind und je besser die Aussichten auf Heilung oder bedeutende Besserung. Keineswegs mache man es sich zur Gewohnheit, sie über die wahre Natur ihres Leidens zu täuschen, oder dieselbe ihnen zu verschweigen, zumal da die meisten ohnehin schon leichtsinnig genug sind. Man muss zwar hier wie überall individualisiren, doch bilde Offenheit die Regel. — Ich hoffe, durch die folgende Besprechung der hygienisch-dietetischen Behandlungsmethode darzulegen, wie nothwendig zum Erfolge die Mitwisserschaft und intelligente Mithilfe des Patienten ist.

Ungleich anderen ungezählten Heilungsversuchen hat die hygienisch-dietetische Behandlungsmethode die Probe der Zeit bestanden und gilt heutzutage unbestritten als die beste Behandlungsmethode der Lungenschwindsucht. Sie ist eine Frucht deutscher Arbeit. Die praktischen Grundsätze, auf denen die Methode aufgebaut ist, sind einfach und seit langem anerkannt. Man ist bestrebt, den Kranken in andere Verhältnisse unter für besonders günstig angesehene äussere Bedingungen zu versetzen und durch für richtig gehaltene Massregeln dietetisch-hyginenischer Art die Gesammt-Constitution zu heben, sie zu kräftigen und dadurch die locale Erkrankung zur Heilung zu bringen (Dettweiler). Es haftet also der Methode durchaus nichts Spezifisches an, ihre einzelnen Bestandtheile sind durchaus nicht neu; nur erblicken wir heutzutage in dem tout ensemble, energisch und methodisch durchgeführt, den Schwerpunkt der Sache. Kurz gefasst, sind die Componenten dieses Ensemble folgende: Reichliche Ernährung; die Speisen sorgfältig zubereitet und dem jeweiligen Zustande des Patienten angepasst. Möglichst ausgedehnter Aufenthalt in reiner frischer Luft, entweder durch mehrstündiges Liegen

im Freien unter geeigneten Vorrichtungen oder durch abgemessene Spaziergänge. Gesundheitsmässige Einrichtung und Ventilation der Wohn- und Schlafräume. Passende Kleidung. Abhärtung und Stärkung durch milde Hydrotherapie und genau vorgeschriebene Athemgymnastik. Schutz vor frischer Infection und Fernhaltung aller Schädlichkeiten. Symptomatische Behandlung. Psychische und moralische Beeinflussung — und, last not least, eine sehr wünschenswerthe Beigabe: Entfernung des Kranken aus der Umgebung, in der er erkrankte, und Versetzung in möglichst günstig hygienische und klimatische Verhältnisse und unter die Aufsicht und Controlle eines in der Phthiseotherapie erfahrenen Arztes und geschulten Personales. Am idealsten wird die Methode in speziellen Heilanstalten geübt. Der Hauptvorzug derselben ist, dass sie, wenn gut geleitet, eine sichere Garantie für gewissenhafte Durchführung des ganzen Planes geben, und dass hier der vielseitige Einfluss des erfahrenen Leiters zum Wohle der Kranken am besten zur Geltung kommt. Der letztgenannte Gesichtspunkt hebt die Behandlung in den Sanatorien weit über die in offenen Kurorten, Hospitälern und der Privatpraxis, und ist, nach meiner Meinung, der Grund für den Weltruf einzelner europäischer Anstalten. Die Bedeutung des ärztlichen Leiters für das Gedeihen und den Erfolg eines Sanatoriums wird hierzulande noch nicht genügend gewürdigt. Der Arzt muss absolute Autorität über seine Kranken haben, denn seine Thätigkeit ist eine äusserst vielseitige und verantwortungsvolle. Er hat für jeden Kranken das Mass und die Art des Luftgenusses festzusetzen, seine Ernährung nach seinen speciellen Bedürfnissen einzurichten, Symptome zu behandeln und die Wirkung seiner Massregeln genau zu controlliren, Rückfälle zu verhüten oder im Keime zu ersticken, die Aengstlichen aufzumuntern, die Leichtsinnigen in Schranken zu halten, Allen ein Heim zu schaffen, und ihnen solche Belehrung zukommen zu lassen, dass sie allmählich ihre besten Mitberather und Mithelfer werden. Ein gelehriger Patient wird in einem Sanatorium Dinge lernen, die ihm für seine ganze Zukunft von unschätzbarem Werthe sind. Nach seiner Entlassung aus der Anstalt, ob geheilt oder gebessert, ist der Kranke für seine weitere Lebensführung sich selbst überlassen und muss selbst das meiste dazu beitragen, die gewonnene Gesundheit zu erhalten oder Besserung in Heilung zu verwandeln. Wir können den erzieherischen Werth der

Anstaltsbehandlung nicht hoch genug anschlagen. Hier trägt nicht blos das Wort des Arztes, sondern das lebendige Beispiel seiner Mitkranken und das ganze hygienische Getriebe der Anstalt dazu bei, den Kranken die einfachen Gesetze der Hygiene zur zweiten Natur zu machen. Wer sich eingehender über diese Phase der Phthisisbehandlung unterrichten will, findet alles Wissenswerthe in dem trefflichen Buche von Knopf „Les Sanatoria, traitement et prophylaxie de la phthisie pulmonaire." Was uns Aerzten sowohl als den Laien die Sanatorien empfehlen muss, sind deren Erfolge. Ich entnehme dem Buche von Knopf eine Zusammenstellung der Resultate verschiedener europäischer und amerikanischer Anstalten. Der Durchschnitt stellt sich auf 25—30 Prozent absolute und relative Heilungen und 42 Prozent Besserungen, zusammen 70 Prozent Erfolge. Des Interesses für uns New Yorker halber erlaube ich mir die Statistik des Adirondack Cottage Sanatoriums anzuführen. Aus den Berfichten der letzten fünf Jahre, die mir Herr Dr. Trudeau zur Verfügung stellte, stelle ich folgendes zusammen: Von 444 Patienten wurden 16.4 Prozent anscheinend geheilt, in 28 Prozent kam die Krankheit zum Stillstand, 27 Prozent wurden gebessert, 24,7 Prozent blieben ungebessert, 3.6 Prozent starben, also 71.5 Prozent Erfolge gegen 28.3 Prozent Misserfolge. Die Resultate waren bedeutend besser bei Kranken, die 9—12 Monate unter Behandlung blieben, als bei denen, die weniger als 3 Monate in der Anstalt verweilten. Unter den 444 waren 98 beginnende Fälle, d. h. $\frac{1}{4}$—$^1/_5$ der ganzen Anzahl; es wurden also auch eine beträchtliche Menge vorgeschrittener Fälle mit gutem Erfolge behandelt. Als interessanten Beitrag zur Kindertuberkulose führe ich den Bericht des Hospitales für tuberkulöse Kinder in Ormesson und Villiers bei Paris an, wo ebenfalls die hygienisch-dietetischer Behandlungsmethode in grosser Vollkommenheit durchgeführt wird. Es wurden in den letzten 5 Jahren 4—500 Kinder im Alter von 4—16 Jahren behandelt; davon wurden durchschnittlich jährlich 42.7 Prozent geheilt, 40.2 Prozent gebessert, also 83 Prozent Erfolge erzielt gegen 17 Prozent Misserfolge — ein Beweis, dass auch Kinder auf die dietetisch-hygienische Behandlungsmethode sehr gut reagiren. Man mag über den Werth von Statistiken denken wie man will, so viel ist sicher, dass die Resultate der Sanatoriumbehandlung ausserordentlich günstige sind, jedenfalls besser als die unter anderen Umständen und mit anderen Mitteln er-

zielten. Man hat gegen diese günstigen Statistiken eingewandt, dass sie ausschliesslich Leichtkranke betreffen. Der Bericht des Adirondack Cottage Sanatoriums widerlegt diesen Einwand: unter den 444 Patienten waren mehr als $\frac{3}{4}$ vorgeschrittene Fälle, und ich möchte betonen, dass die Ausdrücke „beginnende und fortgeschrittene Fälle" ganz genau bestimmte Begriffe sind. Dasselbe trifft auch für die meisten übrigen Sanatorien zu. Uebrigens, meine Herren, halte ich das Bestreben der Sanatorien, das sich immer mehr geltend macht, nur beginnende Fälle aufzunehmen, für vollkommen berechtigt. Denn diese Anstalten, speciell hierzulande, haben sich ihre Reputation erst noch zu erobern; dies kann ihnen nur gelingen durch möglichst gute Resultate, und dafür geben Leichtkranke die beste Aussicht. In den weiten Kreisen des hiesigen ärztlichen Publikums ist man überhaupt noch nicht mit dem Nutzen der Sanatorien vertraut; Beweis dafür ist die verhältnissmässig geringe Anzahl derselben. Zwei Vorurtheile spucken in den Köpfen der Laien und leider auch vieler Aerzte: die Furcht vor Ansteckung, resp. Reinfection, und die angebliche deprimirende Einwirkung. Was letztere anlangt, so merkt der neue Ankömmling davon in einer gut geleiteten Anstalt nicht viel, wenn er einmal über die ersten Tage des Heimwehs hinausgekommen ist. Es wohnt allen Insassen die grösste Hoffnungsfreudigkeit inne; sie sehen und hören von Heilung; sie fühlen ihre eigene Besserung. Das ganze Leben und Treiben der Anstalt hat kein trübseliges, sondern ein vorwiegend heiteres Gepräge. Es ist ferner dafür Sorge getragen, dass wirklich Leidende von den Leichtkranken getrennt sind. Was die Ansteckungsgefahr anlangt, so genügen ein paar Bemerkungen um dieses Vorurtheil zu zerstören. Dr. Hance untersuchte den Staub vom Boden, Wänden, Möbeln in sämmtlichen Cottages des Adirondack Sanatoriums und fand denselben frei von tuberkulösem Material mit Ausnahme des von einem einzigen Cottage herrührenden, wo ein schwerkranker, notorisch unsauberer Patient bis zu seinem Tode sich aufhielt. In dem grossen Brompton Hospital for Consumption in London kam in einem Zeitraum von 20 Jahren Erkrankung von Wärtern so selten vor, dass die dortigen Aerzte die Uebertragbarkeit der Krankheit überhaupt leugneten. Diese beiden Belege finden ihre einfache Erklärung in der peinlichen Sauberkeit, die in den genannten Instituten herrscht. — Es braucht nicht verschwiegen zu wer-

den, dass von den Sanatorien manchmal nicht Gebrauch gemacht wird, weil dieser Modus für den betreffenden Arzt einen finanziellen Verlust bedeutet. Zur Entscheidung über diesen delikaten Punkt erlaube ich mir Penzoldt's Worte wiederzugeben: „Es ist die Pflicht des vom Nutzen der Anstalt überzeugten Arztes, wenigstens denjenigen bemittelten heilbaren Tuberkulösen die Anstaltsbehandlung zu empfehlen, bei denen er in der Privatpraxis wegen ihrer Unfolgsamkeit gegen die dietetisch-hygienischen Vorschriften oder der häuslichen Verhältnisse halber absolut keinen Erfolg erzielen kann."

Bis in die allerjüngste Zeit waren die Sanatorien nur bemittelten Kranken zugänglich. Allmählig fängt man an einzusehen, dass Heilstätten für Arme eine Nothwendigkeit sind. Die Errichtung solcher Anstalten ist aus folgenden humanitären und ökonomischen Gründen geboten. Es giebt sowohl absolut als auch relativ mehr Schwindsüchtige unter den ärmeren als unter den wohlhabenden Klassen. Das durch Erkrankung eines Mitgliedes einer armen Familie erzeugte Elend ist gross. Die Gefahr der Verbreitung der Krankheit ist bei den ärmlichen Wohnverhältnissen und bei der häufig genug mit Armuth vergesellschafteten Ignoranz beträchtlich; der Verlust an Arbeitszeit und Arbeitskraft ist enorm. Die Zufluchtsstätten der Armen, die allgemeinen Krankenhäuser, beginnen sich den Schwindsüchtigen zu verschliessen; ihre Resultate in Phthisis-Behandlung sind ungenügend. Volksheilstätten versprechen einer nicht unbeträchtlichen Anzahl der ihnen anvertrauten Kranken Gesundheit und Erwerbsfähigkeit wiederzugeben, machen wenigstens für einige Zeit viele Ansteckungsquellen mit Sicherheit unschädlich, und erziehen alle ihre Insassen zu correkter Lebensführung und zu Prophylaxe. Fast alle europäischen Staaten besitzen bereits Sanatorien für Arme; erwähnt seien nur Ventnor (Isle of Wight), England, Craigleith in Schottland, Angicourt in Frankreich, Halila in Finnland, und verschiedene Hospize an Nord- und Ostsee. Die grossartigste Bewegung zur Errichtung von Volksheilstätten ist in deutschsprechenden Ländern im Gange. Hervorragende Aerzte und Kliniker haben sich der Sache angenommen. Nach der Zusammenstellung von Liebe haben sich in fast allen grösseren Städten und Provinzen Deutschlands, Oesterreichs und der Schweiz wohlthätige Vereine zur Gründung von Volksheilstätten gebildet. Ausserdem

haben städtische Behörden, Krankenkassen, Invaliditätsversicherungsgesellschaften Heilstätten für ihre unbemittelten Angehörigen und Versicherten geplant. Der Staat giebt vielfach materielle Unterstützung. Auf diese Weise sind ungefähr schon ein Dutzend Sanatorien entstanden. Einen besseren Beweis für die Rentabilität des Unternehmens können wir kaum verlangen. In den Ver. Staaten haben wir, wie den meisten von Ihnen wohlbekannt, ebenfalls einige Sanatorien für Schwindsüchtige der mittleren und ärmeren Klassen. Der Staat Massachusetts ist bis jetzt der einzige, der sich seiner tuberkulösen Armen annimmt; er errichtet zur Zeit ein derartiges Institut zu Rutland, einem seiner höchstgelegenen Punkte. Die übrigen Sanatorien verdanken der Privatwohlthätigkeit ihre Entstehung und Unterhaltung; die Kranken tragen durch wöchentliche Beiträge von $5—7 zur Deckung der Kosten bei. In der Regel giebt es einige Freibetten. Das älteste ist das Adirondack Sanatorium bei Saranac Lake, 1600 Fuss hoch gelegen, mit Raum für 84 Kranke, und 10 Mal mehr Applikanten als es aufnehmen kann. Es ist der vorzüglichste Vertreter des Cottage- oder Pavillonsystems. Nach demselben Plan ist das Sanatorium St. Gabriel's bei Paul Smith's Adirondack Mountains gebaut, das seiner baldigen Vollendung entgegensieht. Dasselbe ist für 50 Patienten bestimmt und steht unter der Leitung barmherziger Schwestern. Dem Bedürfniss, eine Anstalt für wenig Bemittelte in der Nähe New Yorks zu haben, entspricht das Loomis Sanatorium in Liberty, Sullivan County, 2000 Fuss hoch, 5 Stunden per Bahn von uns entfernt, mit Raum für 31.

Vor einigen Monaten wurde ein Sanatorium nach dem Plan des Adirondack Cottage Sanatorium in Aiken, S. C., eröffnet. Das interessanteste Institut dieser Art ist das Sharon Sanatorium in Sharon, Mass., 18 Meilen von Boston, 350 Fuss über dem Meeresspiegel. Dasselbe hat einstweilen nur Platz für 9 weibliche Patienten, verspricht sich aber durch Anbau von Pavillons zu erweitern. Die Bedeutung gerade dieser kleinen Anstalt werde ich später kurz berühren. Es freut mich an dieser Stelle erwähnen zu können, dass mehrere Mitglieder unseres Vereins sich um die Sanatoriumfrage verdient gemacht haben: Herr Dr. Gleitsmann durch Gründung des Asheville Sanatoriums; Herr Dr. Seibert durch einen Bericht über eine im Auftrage der Deutschen Gesellschaft unternommene Reise zum Studium deutscher Sanatorien im Jahre 1896; Herr

Dr. Paul Kretzschmar, früher in Brooklyn, durch einen sehr beredten Vortrag vor der Acad. of Medic. im Jahre 1888 über die sog. Dettweiler'sche Methode und einen sich daranschliessenden Aufruf zur Errichtung von Sanatorien, ein Aufruf, der leider ohne Erfolg geblieben ist; endlich Herr Dr. Rose durch Ausarbeitung eines Planes zur Errichtung eines Sanatoriums für Schwindsüchtige der Mittelklasse.

Von jeher hat in der Behandlung der Lungenschwindsucht die Suche nach einem passenden Klima eine grosse Rolle gespielt. In früheren Jahrhunderten betrachtete man die klimatische Behandlung als unbedingt nothwendig zur Kur. Glücklicherweise — für die Armen — haben sich die Ansichten in dieser Beziehung geändert. Man schätzt heutzutage die klimatischen Kurorte als werthvolle Unterstützungsmomente der hygienisch-dietetischen Methode: sie eignen sich eben zur Durchführung einzelner Pharsen der Methode, speciell der Freiluftkur, in ausgezeichneter Weise. „Dagegen existirt eine specifische Einwirkung eines Klimas nicht. Ebenso sicher als heilbare Phthisiker unter zweckmässigen hygienischen Verhältnissen in jedem Klima gesund werden können, so können sie auch in jedem Klima unter ungünstigen Bedingungen sterben." (Penzoldt).

Uebrigens lehrt eine Betrachtung der geographischen Lage der Sanatorien und offenen Kurorte, wie grundverschieden die klimatischen Bedingungen daselbst sind. Schwindsüchtige werden behandelt und geheilt in den Hochthälern der Alpen, Pyrenäen, Cordilleren und Südafrika's, in der ägyptischen Wüste, in den Mittelgebirgen des europäischen Continents, auf den Inseln Wight und Madeira, an der Riviera und an den grossen Seen. Im Bereiche der amerikanischen Union haben wir eine grossartige Auslese von Klimaten frequentirt von Schwindsüchtigen: Florida und einzelne Küstenorte des atlantischen Ozeans, die mittleren Höhen der appalachischen Gebirgskette von Georgia hinauf bis in den nordöstlichen Theil von New York, Minnesota und Nebraska, S. W. Texas und S. Arizona, die höchsten Höhen des Felsengebirges in Colorado und Neu-Mexico, und schliesslich S. Californien, an sich eine Sammlung der verschiedensten klimatischen Bedingungen. Daraus erhellt die leichtverständliche Thatsache, dass es kein ideales Klima für alle Schwindsüchtigen giebt noch geben kann. Ja nicht einmal für denselben Kranken passt dasselbe Klima zu jeder Zeit. Was allen Kurorten ge-

meinsam ist, und was man von jedem Klima, das Tuberkulösen zum Aufenthalt empfohlen wird, verlangen muss, ist möglichste Reinheit der Luft, d. h. Abwesenheit mechanischer, chemischer und bakterieller Verunreinigungen, sowie solche Witterungs- und Bodenverhältnisse, dass die Patienten den grössten Theil des Tages im Freien zubringen können. Keinem Arzte wird es einfallen, seine tuberkulösen Kranken zur Kur in die Neu-England Staaten zu schicken; das Klima dieser Gegend hat einen schlechten Ruf unter Lungenkranken. In dem Berichte des Sharon Sanatoriums heisst es, dass es kaum eine Familie in Neu-England giebt, die nicht einen nahen oder entfernten Verwandten durch Schwindsucht verloren habe. Und doch erzielt das genannte Sanatorium gute Resultate. Selbstverständlich ist dasselbe fern von Verkehr und Industrie inmitten von Tannenwaldungen auf porösem Boden und geschützt gegen die schlimmsten Nordost-Winde gelegen. Jedoch verdankt es seine Erfolge seiner Natur als Sanatorium mit strikter Durchführung hygienisch-dietetischer Massnahmen. Das Beispiel dieser kleinen Anstalt beweist, dass auch unter verhältnissmässig ungünstigen klimatischen Bedingungen günstige Behandlungsresultate erzielt werden können, so lange nur die Regeln der Hygiene befolgt werden. Unter den Laien sowohl als auch unter Aerzten herrscht noch vielfach der Glaube, dass Klima Lungenschwindsucht heile. Hunderte von Kranken wandern jährlich vom Osten nach fernen Klimaten aus—ohne alle Subsistenzmittel — in der Hoffnung, dort rasch zu gesunden und lohnende Beschäftigung zu finden; gar mancher findet nur ein frühes Grab, enttäuscht, verlassen und in bitterster Noth; viele fallen der öffentlichen Wohlthätigkeit zur Last. Andere begehen im blinden Vertrauen auf die Heilkraft des ihnen empfohlenen Klimas oft die unglaublichsten und unsinnigsten hygienischen Irrthümer, und wundern sich dann, dass ihnen das Klima doch nicht bekommt. Andere begeben sich an Ort und Stelle nicht einmal unter ärztliche Behandlung. Wir lesen in den Berichten der Aerzte in den offenen Curorten, wie ununterrichtete oder leichtsinnige Kranke eine Besserung überhaupt nicht aufkommen lassen oder kaum gewonnene Fortschritte wieder zu nichte machen durch Excesse in Wein, Spiel und Liebe, durch sportsmässige Uebungen der verschiedensten Art, durch Aufenthalt in armseligen Schlafräumen, durch Genuss ungeeigneter und mangelhaft zubereiteter Nah-

rung, durch Ueberarbeitung im Betrieb von Geschäften, etc. Diese Thatsachen veranlassen Knopf zur Erklärung, dass für einen Phthisiker im Entwickelungsstadium der Krankheit die Behandlung in einem offenen Kurort illusorisch sei. Ich halte dies für entschieden zu weit gegangen; denn es gibt doch sicher unter den Phthisikern eine Anzahl verständiger, ernster, zielbewusster Naturen, denen man mit gutem Gewissen den Aufenthalt in einem Kurort empfehlen kann, und denen auch der erwünschte Erfolg nicht ausbleibt. Dagegen möchte ich Knopf unbedingt beistimmen, wenn er sagt, falls er die Wahl habe, einen Schwindsüchtigen in das idealste Klima der Welt zu schicken, wo er sich selbst überlassen wäre, oder in eine geschlossene Heilanstalt in einem weniger günstigen Klima, so würde er jedesmal den letzteren Kurs einschlagen. — Ausserdem ist noch ein Punkt von allgemeiner Bedeutung hervorzuheben: viele Phthisiker vergelten die Wohlthaten, die ihnen das Klima eines speciellen Ortes erweist, mit schlimmer Münze; sie verbreiten ihre Krankheit. Meine Herren! Man spottet vielfach über Bacillenfurcht, und vielfach mit Recht; ich für meinen Theil glaube, dass wir Aerzte Laien gegenüber in unseren Aeusserungen Ansteckung betr. sehr gemässigt sein sollen. Dagegen unterliegt es für mich und viele andere keinem Zweifel, dass die Gefahr der Ansteckung für Gesunde und Reconvalescenten von Lungentuberkulose in vielen offenen Kurorten eine beträchtliche ist. Ich weiss von Collegen, die ihre nach Europa reisenden Patienten vor gewissen Plätzen der Riviera warnen. Die Mairie von Nizza gab Dr. Knopf auf eine diesbezügliche Anfrage folgende Auskunft: Es ist notorisch, dass die Morbidität an Tuberkulose in Nizza und Mentone enorm zugenommen hat, seit sie von Phthisikern frequentirt werden. Dies kann ja nicht Wunder nehmen, wenn wir uns die Unreinlichkeit vieler Phthisiker, die Gleichgültigkeit der Behörden, und die Nachlässigkeit der Besitzer von Gast- und Logierhäusern vor Augen halten. Von manchen unserer südlichen Hotels können wir haarsträubende Dinge lesen. In dem Bericht des State Board of Health of Colorado für die Jahre 92, 93, 94 heisst es an verschiedenen Stellen: Schwindsucht, in Colorado erworben oder zur Entwickelung gekommen, ist gegenwärtig durchaus keine ungewöhnliche Erscheinung.

Es wäre ungerecht neben den Schattenseiten nicht auch die Vorzüge der klimatischen Kurorte hervorzu-

heben. Speciell für hiesige Verhältnisse kommen folgende Punkte in Betracht: Die Anzahl der Sanatorien ist verschwindend klein gegenüber der Armee von Schwindsüchtigen. Der Nutzen der Sanatorien ist dem grossen Publicum nicht bekannt, und von vielen Aerzten nicht gewürdigt. Viele Kranke sind in Vorurtheilen gegen die Sanatorien befangen. Vielen Amerikanern widerstrebt die strenge Zucht einer gutgeleiteten Anstalt. Unter Kranken der wohlhabenden Klasse ist das Aufsuchen eines südlichen Klimas für den Winter oder ein Nomadenleben im Westen beliebt. Ein Ortswechsel ist hierzulande eine leichte und beinahe alltägliche Sache. Unbemittelte Tuberkulöse hoffen in einem günstigeren Klima ihr Brod verdienen zu können, wenn es ihnen zu Hause unmöglich wird. Eine ganze Anzahl Collegen practicirt im Norden, Süden und Westen, wo sie Gesundheit und Arbeitsfähigkeit wieder erlangt haben.

Es würde zu weit führen eingehende Indikationen für specielle Klimate aufzustellen. Gegebenen Falles lasse man sich genügend Zeit zur Entscheidung der Frage, ob überhaupt ein Klimawechsel angezeigt und welches zu wählen ist. Ueberzeugen wir uns erst durch mindestens einwöchentliche Beobachtung über den Zustand der Lungen, der übrigen Organe und des Allgemeinbefindens, über den Charakter des Patienten, über die Heilungsaussichten; dann klären wir denselben über seinen Zustand auf, über den Nutzen, den er von dem verschriebenen Klima zu erwarten hat, über die Nothwendigkeit der Befolgung hygienischer Lebensregeln, und schliesslich empfehlen wir ihm sich sofort in Behandlung zu begeben, am besten in die eines uns bekannten Arztes, und so lange an Ort und Stelle zu bleiben, als dieser ihm räth. Damit, glaube ich, hätten wir unsere Pflicht in solchen Fällen gethan.

Seiner Eigenartigkeit halber erwähne ich hier den Vorschlag eines russischen Hygienikers, Motschoutkovsky, betreffs die Errichtung von „schwimmenden Sanatorien." Dieselben sind Schnelldampfer, bestimmt zur Aufnahme von Prophylaktikern und Leichtkranken, natürlich nach den modernsten sanitären Grundsätzen gebaut, mit ausgezeichneter Küche, und mit dem nöthigen Heil- und Pflegepersonal. Diese Schiffe besuchen eine Reihe klimatisch wohlstudirter Ankerplätze, die ihre „Saisons" zu verschiedenen Jahreszeiten haben, und wechseln sofort ihren Standort, so-

bald die Witterungsverhältnisse sich wider Erwarten ungünstig gestalten. Für eine gewisse Zeit des Jahres müssen die Schiffe einer Reparatur und gründlichen Desinfection unterzogen werden. Dieser beherzigenswerthe Plan vermeidet viele Missstände, die ein Kranker auf einem regulären Dampfer einer officiellen Linie mit in Kauf nehmen muss. Wie bekannt, bekommen Seereisen manchen Phthisikern ausgezeichnet.

Die grosse Masse der Schwindsüchtigen, die weder in ein Sanatorium noch in einen klimatischen Kurort gehen wollen und können, werden in ihren Wohnungen oder in Hospitälern behandelt. Lassen Sie uns zuerst der Behandlung der Phthisiker in Hospitälern unsere Betrachtungen zuwenden. Die Armen sind es ja, die zumeist auf Hospitäler angewiesen sind; und beinahe mit mathematischer Sicherheit wird jeder tuberkulöse Arme ein oder mehrere Male im Verlaufe seiner Krankheit sich in einem Zustande befinden, wo er besonderer Pflege, wie er sie in seinem Heim nicht haben kann, unbedingt bedarf. Was geschieht in dieser Hinsicht für die Armen? In welcher Weise sorgen insbesondere die grossen Städte für ihre tuberkulöse Armen? In England existiren schon seit mehreren Jahrzehnten 18 Special-Krankenhäuser, theils in London, theils in anderen grossen Bevölkerungscentren, theils an der See, in denen ca. 6000—7000 Kranke jährlich behandelt werden. Auch Russland besitzt einige Specialkrankenhäuser, ebenso die Ver. Staaten. Selbstverständlich sind diese Hospitäler keine Sanatorien, da ihnen vermöge ihrer Lage und Einrichtung die gründliche Durchführung der hygienisch-dietetischen Methode benommen ist, und fast allen die einheitliche Leitung fehlt, und da das Krankenmaterial, das ihnen zugeht, sie zu Pflegestätten statt zu Heilstätten stempelt. Vielfach stehen sie unter der Leitung religiöser Orden. Jedoch sind sie unter den modernen Verhältnissen das nächstbeste nach den Sanatorien und von unschätzbarem Werth für den einzelnen Kranken und die Gesammtheit. Hier in New York haben wir das grosse St. Joseph's Hospital in Ost 143. Strasse, das kleine Loomis Hospital in West 38. Strasse, das Montefiore Home, von dessen Insassen die Hälfte Phthisiker sind, und das Seton Hospital in Spuyten Duyvil. Die drei ersten tragen den Charakter von Homes und sind vorwiegend zur Pflege vorgeschrittener Fälle bestimmt. Das Seton Hospital ist das best eingerichtete und kommt den Sanatorien am nächsten. Leider

fehlt an Ort und Stelle die Seele des Ganzen, der erfahrene, im innigen Verkehr mit seinen Kranken stehende Arzt, was hier um so bedauerlicher ist, als die Anstalt für die Heilung beginnender Fälle bestimmt ist. Auch andere amerikanische Städte besitzen Specialkrankenhäuser, so Brooklyn, Philadelphia, Dorchester, Mass., Denver. Dieselben sind fast durchweg jüngeren Datums und vielleicht noch nicht so vollkommen, als es zu wünschen wäre. Jedenfalls sind sie willkommene Errungenschaften und als Schritte in der richtigen Direction zu begrüssen.

Ihr Bestehen in hiesiger Stadt ist schon dadurch zur Nothwendigkeit geworden, dass die allgemeinen Krankenhäuser sich neuerdings weigern, Schwindsüchtige aufzunehmen. Auf eine einschlägliche Anfrage an die Verwaltungen der verschiedenen grösseren Hospitäler (die städtischen ausgenommen) habe ich die beinahe übereinstimmende Antwort erhalten, dass Phthisiker entweder gar nicht oder nur unter Protest aufgenommen werden, d. h. nur wenn sie sich mit acuten gefährlichen Zufällen melden oder in so desolatem Zustand ankommen, dass ihre Zurückweisung unmenschlich erschiene. Gelegentlich wird Lungentuberkulose entdeckt bei Patienten, die wegen anderer Affectionen aufgenommen wurden. Alle werden nach Heilung der die Aufnahme veranlassenden Zustände möglichst rasch entlassen. Sie werden in den allgemeinen Krankensälen behandelt. Häufig wird ihnen keine besondere Aufmerksamkeit geschenkt. Namentlich sind junge Hausärzte geneigt sie als uninteressante, lästige Beigabe zu betrachten. Heilungen kommen wohl nie vor, Besserungen dagegen in der Mehrzahl der Fälle, infolge der besseren Ernährung und verhältnissmässigen Ruhe bei mangelhaft ernährten und überarbeiteten Patienten. Dass diese Besserungen weder bedeutend noch nachhaltig sind, ist bei der Kürze der Behandlungsdauer selbstverständlich. Obwohl auch eine solche Besserung für den individuellen Phthisiker besser ist als gar nichts, so müssen wir doch auch von den allgemeinen Hospitälern entschiedenere und nachhaltigere Erfolge verlangen. Bei dem gegenwärtigen Modus wird dies kaum zu erzielen sein. Die Verunreinigung der Luft in den allgemeinen Krankensälen, die Störung der Nachtruhe, die mannigfachen ekelerregenden und deprimirenden Vorkommnisse, die einförmige, wenig reizende Kost, die häufig ungenügende Kleidung und ähnliches machen die Schattenseiten des Hospitallebens aus.

Dieselben sind in der berühmt gewordenen „Odyssee eines Phthisikers in Paris" von Grancher treffend und rührend geschildert. Von denen, die in den allgemeinen Krankenhäusern sterben, sind die Mehrzahl schwere Fälle. Eine nicht näher zu bestimmende Anzahl wird aber sicherlich in den Hospitälern schlimmer und einem raschen Ende entgegengeführt. Nach alledem kann man sagen, dass die allgemeinen Krankensäle der allgemeinen Hospitäler unpassende Plätze für Phthisiker sind. Und doch, meine Herren, brauchen wir die allgemeinen Hospitäler unbedingt zur Behandlung der grossen Masse der Schwindsüchtigen. Nach einer conservativen Schätzung leiden ca. 20,000 Menschen in New York an vollentwickelter Tuberkulose, und eine nicht unbeträchtliche Anzahl an der beginnenden Krankheit. Die Sterblichkeit ist ungefähr 6000 pro Jahr, 115 pro Woche. 1—4 Tuberkulöse melden sich täglich zur Aufnahme in den grösseren Krankenhäusern und werden abgewiesen entweder aus Prinzip oder wegen Platzmangel, oder weil sie nicht krank genug sind. Im Bellevue und City Hospital bilden die Phthisiker nächst den Alkoholikern das grösste Contingent der Insassen. Die allgemeinen Hospitäler können sich nur so helfen, dass sie eigene Krankensäle für Schwindsüchtige reserviren oder einrichten, dieselben möglichst gut ventiliren, die Kost besser gestalten, die Kranken länger behalten, und auch wirklich behandeln, und zwar gründlich und systematisch. Dieser Modus würde dem medicinischen Unterricht zugute kommen, indem dadurch Studenten Gelegenheit bekämen, diese Krankheit, mit der jeder im Laufe seiner Praxis in Berührung kommt, klinisch zu studiren, was unter den gegenwärtigen Verhältnissen thatsächlich nicht geboten ist. Natürlich wäre es wünschenswerth, dass die hygienisch-dietetische Behandlungsmethode auch gelehrt werde, dass den Studirenden eingeschärft werde, dass die hygienisch-dietetischen Regeln für alle Verhältnisse gelten und dass alles Andere ihnen untergeordnet sein solle. Das prächtige neue St. Luke's Hospital ist mit gutem Beispiel vorangegangen; es hat zwei grosse und einige kleinere Wards für Phthisiker, vollkommen abgeschlossen von den übrigen Räumen. Solarien, wie sie St. Luke's-, City-, Seton-Hospital und Montefiore Home besitzen, sind werthvolle Beigaben. Gedeckte Balkons oder nach Süden gelegene Verandahs mit entsprechenden Schutzvorrichtungen für Liegekuren im Freien wären ebenfalls erwünscht. Ein mir sehr einleuchtender

Plan wäre es, wenn die Hospitäler auf ihrem verfügbaren Areal Barracken aufstellen würden zur Aufnahme Schwindsüchtiger während der wärmeren Monate. Dieselben haben sich z. B. in Nürnberg bewährt, wie mir Herr Medicinalrath Merkel brieflich mittheilt.

Abgesehen davon aber wird es nöthig sein, dass sich die Stadt ihrer tuberkulösen Armen annimmt. Sie wissen, dass unser Gesundheitsamt gegenwärtig diese Frage in Fluss gebracht hat durch Empfehlung des Baues eines Specialkrankenhauses. Es wäre nur zu wünschen, dass der therapeutische Zweck einer zu errichtenden Anstalt nicht vergessen werde gegenüber dem so nachdrücklich betonten prophylaktischen. Diese Anstalt ist nicht in erster Linie zum Schutze der gesunden New Yorker gegen die schwindsüchtigen Armen geplant, sondern zur Heilung, resp. Versorgung dieser Unglücklichen, welchen bisher die Segnungen der Humanität und unserer fortgeschrittenen Wissenschaft nicht zu Theil geworden sind. Das Interesse dieser Kranken bilde die leitende Idee; der prophylaktische und erzieherische Werth ergiebt sich von selbst. Ferner aber sei man sich von vornherein darüber klar, welche therapeutische Absicht die zu errichtende Anstalt verfolgen solle: die Heilung heilbarer, resp. anscheinend heilbarer oder die Pflege unheilbarer Fälle. Diese Trennung ist nach meiner Ansicht strenge durchzuführen, wenn der guten Sache genützt werden soll. Was wir zunächst brauchen, sind Heilstätten. Ueber Lage und Bauart derselben werden wohl lokale und finanzielle Erwägungen entscheiden. Unbedingt aber sollen sie unter einheitlicher ärztlicher Leitung stehen. Das System besuchender Aerzte, die alle 3—6 Monate wechseln, ist hier absolut nicht am Platze. Die Recrutirung der Heilstätten oder, da man bescheiden anfangen muss, der Heilstätte, geschehe ebenfalls nach bestimmten Grundsätzen. Die aufzunehmenden Kranken müssen erst für einige Zeit in einem allgemeinen Hospitale oder in eigenen Beobachtungsstationen auf ihre Heilungsfähigkeit geprüft werden. Auf diese Weise werden Irrthümer möglichst vermieden; der Heilstätte geht das geeignete Material zu; ihre Resultate werden möglichst gute; ihre Popularität wird dadurch gesichert; ihr finanzieller Erfolg wird gewürdigt und ein Umschwung der öffentlichen Meinung betreffs Tuberkulose wird nicht ausbleiben. Pflegestätten für unheilbare Phthisiker werden nach wie vor die allgemeinen Krankenhäuser und die schon bestehenden Homes sein müssen.

Ich kann dieses Kapitel nicht abschliessen, ohne der Infectionsgefahr zu gedenken. Manchem Hospitale mag dieser Gesichtspunkt als Vorwand für die Zurückweisung Tuberkulöser dienen. Dass Kranke, Wärter, Aerzte in allgemeinen Hospitälern Phthise erworben haben, wird kaum Jemand bestreiten. Ebensowenig aber wird man in Abrede stellen, dass diese bedauernswerthen Vorkommnisse durch unsanitäre Verhältnisse und Unreinlichkeit verschuldet werden, und dass sie vermieden werden können durch Erziehung der Schwindsüchtigen zur Reinhaltung ihrer eigenen Person, durch gründliche Unschädlichmachung ihrer tuberkulösen Sekrete, Auswurf und Eiter, durch Separathaltung und gründliche Desinfection ihrer Gebrauchsgegenstände, und durch gesundheitliche Instandhaltung ihrer Aufenthaltsräume. In Anstalten, wo diese leicht verständlichen und leicht ausführbaren Vorsichtsmassregeln strikte durchgeführt werden, wird man auch nicht blos den Zimmerstaub frei von virulenten Tuberkelbacillen finden, sondern auch die Nasen und Nasenrachenräume der Insassen. Es ist nachdrücklichst zu betonen, dass ein reinlicher Phthisiker keine Gefahr für seine Umgebung darstellt.

Ich komme nun zum letzten Kapitel, der Behandlung der Phthisiker in der Privatpraxis. Alle Phthisiker werden wenigstens vorübergehend als Privatpatienten oder in Dispensaries behandelt, und die grosse Masse dauernd. Es sind das diejenigen, welche weder in ein Sanatorium oder Hospital, noch in ein anderes Klima gehen können oder wollen, oder denen ihr Arzt räth zu Hause zu bleiben. Die folgenden Ausführungen beziehen sich hauptsächlich auf die Behandlung anscheinend heilbarer Phthisiker. Sie werden nicht erwarten, meine Herren, dass ich Ihnen neue Behandlungsmethoden zur Durchführung in der Privatpraxis empfehle. Es gelten hier wie überall die goldenen Regeln der Hygiene und Dietetik. In der gründlichen, energischen und dauernden Durchführung derselben liegt auch hier das Heil der Kranken. Jeder Arzt hat von jeher mehr oder weniger von diesen Regeln Gebrauch gemacht. Nicht jeder Arzt aber ist sich der Thatsache bewusst, dass nur von der Methode und beständiger Wachsamkeit durchgreifender Erfolg zu erhoffen ist, und dass die medicamentös-symptomatische Behandlung nicht die Hauptsache, sondern nur ein Glied in der Kette des tout ensemble ist. Entschuldigen wir uns nicht mit dem resignirten Glauben, dass in der alltäglichen Praxis doch kein grosser Erfolg zu erzielen

ist. Ich bin mir bewusst, dass wir in der Privatpraxis mit grossen Schwierigkeiten zu kämpfen und mancherlei Concessionen zu machen haben, und doch bin ich überzeugt, dass wir auch hier sehr viel ausrichten können, dass wir Heilungen und bedeutende Besserungen erreichen werden, wenn wir unsere volle Schuldigkeit thun, und wenn die Heilungsbedingungen, soweit sie den Patienten und dessen Umgebung betreffen, nur einigermassen erfüllt sind. Unerlässlich zum Erfolg ist die absolute Controlle über die Patienten. Wie in der Behandlung schwerer Neurastheniker und Hysteriker, müssen wir auch in der Phthiseotherapie unbedingte Autorität über unsere Klienten ausüben. Viele Phthisiker sind ja reizbare Schwächlinge und krasse Egoisten. Wir werden demnach unsere Kranken von vornherein oder allmälig über die wahre Natur ihres Leidens aufklären, wir werden ihnen einschärfen, dass sie ernstlich krank, aber heilbar sind, dass die Behandlung sich auf Monate und Jahre zu erstrecken hat, dass Medicamente nur eine beigeordnete Rolle spielen, dass es zunächst in ihren Händen liegt, ob sie gesund oder bedeutend besser werden, dass Schädlichkeiten, denen sie sich aussetzen, beinahe sicher Verschlimmerungen oder Rückfälle nach sich ziehen, dass wir keine Verantwortung übernehmen oder die Behandlung aufgeben werden, wenn sie unseren Rath nicht bis ins kleinste befolgen. Unser Rath beziehe sich auf Beschäftigung, Wohnung, Nahrung, Kleidung, allgemeine Lebensführung, specielle Umstände und Prophylaxe. Gleich von Anfang an wirft sich die Frage auf, ob Patient seine Beschäftigung weiterführen oder ändern, für einige Zeit die Arbeit ganz oder theilweise aufgeben soll. Letzteres thut den meisten gut. Fiebernden und Schwächlichen ist Ruhe unbedingt nöthig. Es ist auch hier die Ruhekur in der frischen Luft gemeint, nach den Umständen modificirt. Liegen im Bette, auf dem Sopha oder Liegesessel bei offenen Fenstern, im Winter wohl eingewickelt, im Sommer etwa auf der Verandah, im Gärtchen, geschützt gegen Regen, Wind und Sonne. Diese modificirte Freiluftkur ist fast allen Phthisikern im Entwickelungs- oder Höhestadium wenigstens für einige Stunden des Tages sehr zuträglich. — Die Wohnung sei reinlich und gestatte Licht und Luft genügend Zutritt. Der Kranke habe das beste Zimmer zum Schlafraum; dasselbe sei stets gelüftet; auch Nachts müssen die Fenster offen bleiben. Der Kranke schlafe allein im Bett, und wenn möglich allein im Zimmer. Man entferne

unnöthige Möbel, so auch die ubiquitären Teppiche. Der Boden sei blank oder mit Oeltuch oder Linoleum bedeckt. Das Reinigen geschehe feucht; der Staubwedel sei verbannt. Lassen wir uns die Mühe nicht verdriessen, solche detaillirten Vorschriften zu geben. — Die Ernährung steht mit an erster Stelle unter den einzelnen Faktoren der Behandlungsmethode. „Wie das Verdauungsorgan einer der besten Schutzapparate gegen das Erkranken der Lungen darstellt, so ist es auch der beste Hülfsapparat der erkrankten Lunge." (Penzoldt). Es ist das Bollwerk im Kampf gegen die Tuberkulose. Die Ernährung sei reichlich, ohne Uebertreibung, im Ganzen eine gemischte, mit Vorwiegen von Eiweiss und Fett. Die Zubereitung der Speisen sei einfach, schmackhaft und sorgfältig; das Serviren sauber und appetitreizend. Alle Speisen, Getränke, Medicamente werden vermieden, welche die Verdauung stören. Pflege der Zähne und Reinigung der Mundhöhle nicht zu versäumen. Einen Hauptbestandtheil der Nahrung bilde die Milch, pur oder den individuellen Bedürfnissen duch Zusätze angepasst; als Ersatzmittel Kumys, Kefir, Matzoon. Von Fetten gebe man reichlich Butter, Rahm, Leberthran, Lipanin, Sesamöl, Kraftchocolade. Wenn erforderlich, benutze man die concentrirten Nährstoffe, wie Fleischpulver, Peptone, Somatose, u. ä. Es genügt nicht dem Kranken zu sagen er solle oft und viel essen; häufig ist es nöthig ihm genaue Vorschriften über Art, Menge und Zeit der Mahlzeiten zu geben. Wichtig in diesem Zasammenhange ist die Entscheidung über Zufuhr alkoholischer Getränke. Es scheint hierzulande ein populärer Glaubenssatz zu sein, dass Alkohol ein specifisches Heilmittel oder doch ein sehr gutes Ding für Schwindsucht sei — ein Vorurtheil, das leider von vielen Aerzten genährt wird. Ich habe immer ein leises Grauen, wenn ich einen Patienten unter die Hände bekomme, der von einem solchen Rath ausgiebig Gebrauch gemacht hat. Schon mancher Phthisiker ist über seiner Phthise zum Säufer geworden. Es ist bekannt, wie verhängnissvoll die Combination dieser beiden Zustände ist. Auf der anderen Seite aber wissen wir, wie nützlich der Alkohol in der Behandlung mancher Symptome ist; so gegen Fieber, Nachtschweisse, bei Schwäche und collapsartigen Zuständen, gelegentlich als Schlaftrunk. Kranken, die von gesunden Tagen her an mässigen Alkoholgenuss gewöhnt sind, würde ich denselben nicht entziehen, dagegen die Dosis festsetzen. Nicht daran gewöhnten Kranken aber würde ich der blossen That-

sache wegen, dass sie tuberkulös sind, regelmässigen Alkoholgenuss nicht anrathen, sondern denselben für bestimmte Indicationen aufbewahren. — Ueber Kleidung habe ich wenig zu sagen. Wollene Unterwäsche scheint sich bei unseren Kranken am besten zu bewähren. Warme Fussbekleidung ist wichtig. Gehörige Hautpflege ist nicht zu vernachlässigen. Es giebt Patienten, meist der ärmeren Klasse angehörig, die aus Furcht vor Erkältung in Jahren kein Bad nehmen. Nun, Erkältungen spielen sowohl in der Auslösung als auch im Verlaufe der Lungentuberkulose sicherlich eine grosse Rolle. Unsere Aufgabe ist es, jenes Vorurtheil zu überwinden und unsere Patienten vor Erkältungen zu bewahren. Das beste Mittel hierzu ist die allmähliche Gewöhnung an die frische Luft und eine vernünftige hydrotherapeutische Behandlung. Abgesehen von dem Genusse frischer Luft, dessen Patient sich soviel als möglich in seiner Wohnung erfreuen soll, empfiehlt sich für ihn der Aufenthalt im Freien, solange es sein Zustand und das Wetter gestatten. Innerhalb der Stadt hat er sich zumeist auf Spaziergänge in den Parkanlagen zu beschränken. Dabei ist ihm einzuschärfen, seinen Spaziergang so einzurichten, dass er nicht in Schweiss oder ausser Athem kommt noch von Herzklopfen befallen wird. Im Sommer sind Wasserfahrten oder, wenn es die Mittel erlauben, ein mehrwöchentlicher Aufenthalt auf dem Lande, an der See oder im Gebirge sehr zu empfehlen, immer mit Bedachtnahme auf gute Verpflegung und die Nähe eines Arztes. Irgend ein hydrotherapeutisches Verfahren ist für fast alle tuberkulösen Patienten angezeigt, theils zur Abhärtung, theils wegen des allgemeinen tonisirenden Effectes, theils zur symptomatischen Behandlung. Mannigfach sind die Schädlichkeiten, vor denen wir unsere Patienten zu bewahren haben. In erster Linie steht körperliche Ueberanstrengung. Zu schwere oder zu anhaltende Arbeit, ein ermüdender Spaziergang, Bergsteigen oder sonstige Sports, Rennen und Hasten haben schon vieles verdorben, was durch mühevolle Behandlung gewonnen war. Allen Kranken mit activen Prozessen möchte ich alle sog. Lungengymnastik verbieten und den Gebrauch von sog. chest-expanders, Turnen, Radfahren etc. für anscheinend Geheilte, Reconvalescenten und Prophylaktiker reserviren. Ueberhaupt ist es schwierig zu entscheiden, in welchen Fällen und wann in einem speciellen Falle active Körperübung angezeigt ist. Das pneumatische Kabinet wird von einzelnen hiesigen Autoren aufs wärmste

empfohlen. Mir fehlt persönliche Erfahrung. — Eine weitere Schädlichkeit ist schlechte Luft. Verbieten wir unseren Patienten den Besuch rauchiger, staubiger, überfüllter Lokalitäten. Staubiges Wetter ist gefährlicher für sie als Regen und Schnee. Schädlich sind ferner Aufregungen jeder Art und andauernde psychische Depression. Es ist also auch für Aufmunterung und passende Unterhaltung zu sorgen. Das Heirathen ist den Kranken zu widerrathen, so lange der Lungenprocess activ oder im Fortschreiten begriffen ist. Die bekannte Gefahr des Wochenbettes lässt Schwangerschaft nicht wünschenswerth erscheinen. Das Stillen ist tuberkulösen Mütern jedenfalls zu untersagen.

Die prophylaktischen Massregeln, die wir unseren Kranken einzuschärfen haben, sind das Verbot des Küssens, die Separathaltung und gründliche Reinigung ihrer Gebrauchsgegenstände, und die Unschädlichmachung ihrer Sputa. Es klingt fast unglaublich, der Bericht mancher Anstaltsärzte, dass 50 Procent der dort anlangenden Patienten nicht wissen was mit ihrem Auswurf anzufangen. In Dispensaries speciell wird diesbezügliche Instruction leider oft versäumt — eine unverantwortliche Nachlässigkeit. Was die allgemeine Controlle unserer Clienten in der Privatpraxis anbelangt, so sollten wir dieselben öfter sehen als es gewöhnlich geschieht, durch unerwartete Besuche in der Wohnung uns von der Ausführung unserer Vorschriften zu überzeugen suchen. Wir sollten unseren ambulanten Kranken nicht anheim stellen ,wann sie uns consultiren wollen, sondern die Zeit festsetzen und jedes ungewöhnliche Symptom als besonderen Grund zur Einholung unseres Rathes hinstellen. Die gefährlichste Zeit für viele Phthisiker kommt, so paradox es klingen mag, wenn sie sich bessern und sich ihrer Besserung bewusst werden. Das Gefühl der zurückkehrenden Kräfte und ihr übersanguines Temperament verleiten sie zu allerlei Ausschweifungen. Rückfälle sind darum häufig, und meist die Folge von falscher Schätzung des eigenen Zustandes, von Mangel an Selbstbeherrschung, von einem thörichten Glauben, dass Besserung gleichbedeutend ist mit Heilung, und von zu frühem Verlassen des vorgeschriebenen Kurses (von Ruck). In Anbetracht dieser Thatsachen müssen wir unsere Wachsamkeit im Stadium der Besserung eher verschärfen.

Es ist räthlich die Kranken in regelmässigen Zwischenräumen sich wiegen zu lassen.

Die Durchführung aller dieser Einzelheiten, deren Aufzählung durchaus keinen Anspruch auf Vollständigkeit macht, stellt hohe Anforderungen an den Arzt, noch höhere an den Kranken und verlangt viel Geduld. Ich fürchte fast, meine Herren, die ihrige über Gebühr in Anspruch genommen zu haben, möchte aber als Entschuldigung anführen, dass ich durch Unterhaltung mit Collegen über diesen Gegenstand mich überzeugt habe, wie wenig sich manche an die soeben dargelegten Punkte erinnern.

Ein Theil der hygienisch-dietetischen Behandlungsmethode, die medicamentös-symptomatische Behandlung, ist allen geläufig und bedarf nur kurzer Besprechung. Dieselbe ist in der alltäglichen Praxis wichtiger als unter günstigeren Umständen und kann nicht entbehrt werden. Creosot, Guajacol und deren Säureverbindungen erfreuen sich von allen Drogen der grössten Beliebtheit in der Phthiseotherapie. Viele Aerzte schreiben dem Creosot sogar eine specifische oder halb-specifische Wirkung zu und stellen den Satz auf: „Je mehr Creosot einem Tuberkulösen einverleibt werden kann, um so besser für ihn.“ Ich möchte dem gegenüber behaupten, dass ein Patient desto besser daran ist, je weniger Creosot er braucht. Ich sehe durchaus keinen Grund ein, die Creosot-Dosis zu steigern, wenn kleine oder mittlere Gaben befriedigend wirken. Creosot kann Magen-Darmstörungen hervorrufen, und auf seinen Ausscheidungsstätten, den Nieren, Luftwegen und der Haut, Reizungen verursachen, in Form von Haematurie, Albuminurie, Haemoptoë, Lungen- und Bronchialcongestionen, Erweichungen und Fieber, profusen Schweissen. Seine giftigen Wirkungen können sich noch in viel gefährlicherer Weise geltend machen. In der Pariser Société médicale des hôpitaux kam Anfangs 1896 ein Fall zur Besprechung, der von einem erfahrenen Kliniker mit der Diagnose „tuberk. Meningitis“ ins Hospital geschickt, dort als Creosotvergiftung erkannt und geheilt wurde. In der sich daran schliessenden Discussion erklärten die anwesenden Kliniker fast einstimmig, dass das Mittel seine bestimmten Indicationen und Contraindicationen habe. Es ist schädlich, nutzlos oder doch nur mit grosser Vorsicht zu reichen bei den sogenannten erethischen Formen der Tuberkulose. Letztere kennzeichnen sich durch ausgeprägte Neigung zu Fieber bei den geringsten Anlässen, durch Neigung zu acuten Congestivzuständen um die Lungenherde herum und zu Haemoptoë, durch Tachycardie und allgemeine

nervöse Erregbarkeit. Ich selbst habe häufig in derartigen Fällen Nachtheil von der Creosotdarreichung gesehen und bei erneutem Versuch jedesmal eine Verschlimmerung des lokalen Processes beobachtet. Dass hingegen Creosot in einer grossen Anzahl von Fällen gut wirkt, hat jeder von uns erlebt, ob es nun dem Körper per os, per rectum, percutan, subcutan oder per inhalationem einverleibt wird. Wie es wirkt, wissen wir nicht. Bald erhöht es den Appetit und die motorische Thätigkeit des Magens, bald vermindert es Husten und Auswurf. Es ist sicherlich ein mächtiges Antifermentativum und treffliches Balsamicum. Geben wir es nicht in allen Fällen ohne Unterschied, geben wir es in mässigen Dosen und achten wir genau auf allenfallsige unangenehme Zufälle. Was ich an dem Mittel besonders auszusetzen habe, ist die Thatsache, dass es in Folge seines Rufes als Specificum häufig zur Vernachlässigung hygienischer Massregeln verleitet.

Die verschiedenen Tonica sind von grossem Nutzen: Eisen, Arsen, Strychnin, Chinapräparate, die Hypophosphite.

In der Behandlung der Symptome steht die des Fiebers obenan. Das Fieber ist der gefährlichste Feind der Phthisiker. Es verdankt gewöhnlich der Mischinfection seine Entstehung und bedeutet im allgemeinen, dass der Lungenprocess activ oder im Fortschreiten begriffen ist. Die An- oder Abwesenheit von Fieber giebt einem Falle ein ganz verschiedenes Ansehen. Wir sollen darum unsere Patienten so häufig als möglich mit dem Thermometer untersuchen und uns durch Fragen nach Fiebersymptomen von der An- oder Abwesenheit desselben zu unterrichten suchen. Das beste Mittel zur Bekämpfung des Fiebers ist die Freiluftkur. Ruhelage bei offenen Fenstern, wenigstens für die Dauer des Fiebers, ist unerlässlich. Nächst Ruhe, sind hydrotherapeutische Proceduren von grossem Nutzen; vor dem erwarteten Eintritt des Fiebers angewandt, halten sie dasselbe oft in Schranken. Darreichung mässiger Dosen Alkohol ist empfehlenswerth. Versuche zur Bekämpfung des phthisischen Fiebers mit Antistreptococcus-Serum haben sich in den Händen einzelner Beobachter als wirksam erwiesen. Von Arzneimitteln haben sich mir im Nothfalle Antifebrin und Phenacetin am besten bewährt. Es ist durchaus nicht nöthig, in jedem Falle das Fieber an sich zu behandeln; man muss individualisiren.

Für Haemoptoë wird oft unsere Hilfe gesucht. Ihre ana-

tomische Begründung und klinische Bedeutung ist nicht immer die gleiche. Wahre Haemophilie liegt manchmal zu Grunde (Wolff). Körperanstrengung figurirt häfig als auslösendes Moment. Ruhe und Beruhigung sind die ersten Erfordernisse. Eine Morphineinspritzung oder, wenn die Verhältnisse nicht drängen, Darreichung von Codein genügen für die meisten Fälle. Ergotin, Hydrastis, Plumbum aceticum, das Abschnüren der Glieder mag versucht werden. Man lasse die Patienten nicht zu lange im Bette nach Verschwinden des Blutspuckens.

Das häufigste Symptom, der Husten, kann oft durch Disciplinirung in Schranken gehalten werden, d. h. der Reizhusten, der nicht zur Herausbeförderung von Secret dient. Man versäume nicht, nach ausserhalb der Lunge gelegenen Ursachen hartnäckigen Hustens zu forschen. Die örtliche Behandlung einer chronischen Pharyngitis, Laryngitis, oder einer hypertrophischen Zungentonsille ist von diesem Gesichtspunkte aus angezeigt. Narcotica werden nöthig, wenn die Hustenstösse von Erbrechen gefolgt sind oder die Nachtruhe stören; mit Vorliebe Codein, oder das neuerdings empfohlene Peronin (Merck), die salzsaure Verbindung des Benzyläthers des Morphins. Expectorantien und Inhalationen der verschiedensten Art erweisen sich oft nützlich. Ungeduldigen und ängstlichen Patienten erkläre man, dass der Husten nicht die Krankheit darstellt, dass ein gewisser Betrag Husten dazugehört.

Nachtschweisse sind oft sehr lästig. Die Freiluftcur und Behandlung des Fiebers genügen manchmal zur Beseitigung derselben. Sonst empfiehlt sich die Verordnung von Glühwein oder Milchpunch vor dem Schlafengehen, Abreibungen mit Wasser, verdünntem Essig oder Alkohol. Von Drogen sind Atropin, Agaricin, Pikrotoxin, Cotoin, Camphersäure, Sulfonal am meisten im Gebrauch. Weniger bekannt ist das Natrium telluricum zu 2—3 cgr. pro die in Kapseln oder Lösung; die unangenehme Beigabe des Knoblauchgeruchs kann man mit in Kauf nehmen, weil das Mittel meist in drei Tagen prompt wirkt.

Brustschmerzen, Athemnoth, Schlaflosigkeit erfordern gelegentlich besondere Beachtung. Tachycardie ist gewöhnlich ein sehr rebellisches Symptom.

Verdauungsstörungen, so leicht sie auch erscheinen mögen, verlangen die eingehendste Berücksichtigung. Ich kann hier nicht näher auf die einzelnen Formen eingehen, möchte nur

hervorheben, dass man sowohl Verstopfung als auch Durchfälle, welch' letztere durchaus nicht immer auf Darmtuberkulose oder Amyloid der Darmwand zu beruhen brauchen, nie vernachlässigen soll. Im Allgemeinen leisten bei den Verdauungsstörungen dietetische und physikalische Massnahmen, z. B. das Trinken von Mineralwässern, die besten Dienste. Besserung des Appetits muss, wenn nöthig, mit allen uns zu Gebote stehenden Mitteln erstrebt werden. Neben Beseitigung der zu Grunde liegenden Ursachen, wie hohes Fieber, starker Hustenreiz, Schluckschmerz etc., erweist sich gewöhnlich die Combination aller Factoren der hygienisch-dietetischen Methode als wirksam: Luft, Nahrung, Abhärtung, Schonung, physische Einwirkung. Besonders letztere ist wichtig. „Zureden hilft." Auswaschungen des Magens, die oft auch die verschiedenen nervös-dyspeptischen Beschwerden beseitigen, sowie Ernährung mit der Schlundsonde sind gelegentlich von Nutzen.

Als Theil der symptomatischen Behandlung ist die chirurgische Behandlung von Lungenhöhlen zu erwähnen, die ebenfalls in einigen Fällen erfolgreich gewesen ist.

Der Vollständigkeit halber will ich der Anwendung sogenannter specifischer Mittel gedenken: Tuberkulin, Antiphthisin, Paquin's Antitubercle Serum, Maraglans's Serum, Zimmtsäure, Aseptolin etc. — keines hat sich bis jetzt bewährt. Das älteste, Koch's Tuberculin, scheint immer noch das beste zu sein. Dasselbe wird in Kliniken, Sanatorien und in der Privatpraxis viel mehr angewandt als man denken sollte. In der Dosirung und in der Auswahl der Fälle ist man natürlich viel vorsichtiger wie früher — und die Resultate sind nach Angabe aller Beobachter zufriedenstellend. Es besteht Grund zur Hoffnung, dass das langersehnte Specificum uns schliesslich doch zu Theil werden wird. In den verschiedensten Quartieren, im Koch'schen Institut nicht zum wenigsten, wird mit rastlosem Eifer danach gesucht. Wie der Ausgang auch sein möge, mit oder ohne Specificum, die hygienisch-dietetische Behandlung der Lungentuberkulose wird stets zu Rechte bestehen. Denn es handelt sich ja bei der Behandlung der Lungentuberkulose nicht blos um die Unschädlichmachung des Tuberkelbacillus, sondern auch um die Heilung der anatomischen Veränderungen, die durch den Tuberkelbacillus und dessen Genossen, die Eiter- und Sepsis-Erreger, in den Lungen und übrigen Organen hervorgerufen worden sind, ferner um

Wiederherstellung der Widerstandsfähigkeit der Gewebe, um Kräftigung der Constitution, und um Bekämpfung der mannigfachen äusseren Schädlichkeiten und Hindernisse. Zur Erfüllung aller dieser Indicationen wird kein Specificum genügen; dazu werden wir stets hygienisch-dietetischer und erzieherischer Massnahmen bedürfen.

Meine Herren! Ich kann es mir nicht versagen, zum Schluss einige Bemerkungen über Prophylaxe anzuschliessen. Tuberkulose ist eine übertragbare und folglich verhütbare Krankheit. Zu ihrer Verhütung müssen Behörden und Individuen zusammenwirken. Wir Aerzte sind speciell dazu berufen einschlägliche Bestrebungen der Behörden zu unterstützen und das Publikum über dieses Kapitel der Hygiene zu belehren. Die behördlichen Massnahmen erstrecken sich auf sanitäre Ueberwachung der Viehbestände, Milchwirthschaften und Schlachthäuser, Assanirung und Reinhaltung öffentlicher Anstalten und Gebäude, Verhütung von Ueberfüllung in den Quartieren der Armen, Desinfection inficirter Wohnungen, Vertheilung populärer Anweisungen an die Familien Tuberkulöser, Errichtung von Sanatorien und Specialhospitälern für tuberkulöse Arme. Dazu ist behördliche Anerkennung der Tuberkulose als übertragbare Krankheit nothwendig. Das Vorgehen unseres Gesundheitsamtes verdient in mancher Hinsicht Anerkennung und Unterstützung, obschon es bis jetzt ohne praktischen Erfolg geblieben ist. Es handelt sich ja um die allmähliche Erziehung der öffentlichen Meinung, ohne die solche Massregeln ihren Zweck nicht erfüllen können. Dass die prophylaktischen Bestrebungen schon Früchte getragen haben, beweist die Abnahme der Tuberkulose-Mortalität in New York, Philadelphia, sowie anderen Grossstädten des In- und Auslandes. Die immer noch erschreckend hohe Sterblichkeitsziffer aber beweist auch, dass noch sehr viel zu thun übrig bleibt.

183 East 80th Str.

Betrachtungen aus der Coroner's Office.

Von

DR. E. W. HOEBER.

Vortrag, gehalten in der Mai-Sitzung der Deutschen Medicinischen Gesellschaft der Stadt New York.

Was ich gelernt und beobachtet habe in der Coroner's Office, besonders mit Bezug auf Aerzte — und das allein kann der Gegenstand unserer Besprechung heute Abend sein,—ist so mannigfaltig und vielfach, dass es eine viel leichtere Aufgabe sein würde, ein Buch darüber zu schreiben, als eine halbstündige Mittheilung zu geben, zumal in einem Kreise, der so verwöhnt ist, gediegene wissenschaftliche Arbeiten allmonatlich zu hören, wie Sie, meine Herren. Entgegengesetzt dem allgemein herrschenden Glauben, dass das Coroner's Amt ein veraltetes, überflüssiges und schädliches Institut sei, bin ich zu der Ueberzeugung gelangt, dass der Coroner einer der wichtigsten und nützlichsten Beamten der Stadt ist und vorausgesetzt, dass das Gesetz die Veränderungen erfährt, die andere Verhältnisse und Fortschritte der Wissenschaft erheischen, auch sehr bald allgemein als Solcher anerkannt sein würde.

Wenn Allen McLane Hamilton sich dahin ausspricht „The coroner's inquest is an old-fashioned, illogical and worthless system of investigation", ohne irgend welche Beweise oder Argumente für diese Behauptung anzuführen, so ist das nur ein weiterer Beleg für die Oberflächlichkeit, ich möchte fast sagen Liederlichkeit, mit der sein vielberühmtes Buch zusammengeschrieben ist. Diese Ueberzeugung drängte sich mir — und Anderen, wie z. B. meinem Collegen Tuthill — auf, so oft wir in dem Buche Rath suchten in schwierigen Fällen von Vergiftung, Autopsien etc. Er giebt demselben Vorurtheile Raum, das die meisten hegen, ohne mehr darüber zu wissen, als die meisten anderen.

Denn es ist eine der ersten und häufigst wiederholten Beobachtungen in meiner Amtsführung gewesen, dass fast niemand — und nicht einmal Advokaten oder Aerzte, deren Beruf mit dem des Coroners doch in so innigem Zusammenhange steht — auch nur die geringste Kenntniss von dem Gesetze und seiner Tragweite, noch viel weniger Verständ-

niss für ihre Verbindung damit besitzen. Wenn Sie glauben, meine Herren, dass das eine kühne Behauptung sei, so kann ich zu meiner Begründung dafür Ihnen sagen — natürlich ohne Namen, denn nomina s i n d odiosa, dass Dutzende von Aerzten und Advokaten, mit denen ich im Laufe der Jahre in officielle Berührung kam, mir das bereitwilligst s e l b s t zugestanden!

Kaum Einer unter 100 weiss, wann es w i r k l i c h nöthig ist, sich mit dem Coroner in Verbindung zu setzen, und während eine grosse Anzahl von Fällen alljährlich ebendesshalb unnöthigerweise zu sog. Coronersfällen gemacht werden, werden noch viel mehr Fälle der nöthigen und äusserst wichtigen gesetzlichen Untersuchung entzogen, entweder durch Unkenntniss des Gesetzes oder durch selbstsüchtige Ignorirung desselben!

Die Zeit erlaubt mir nicht, hier Belege für j e d e meiner Behauptungen anzuführen, aber auf öffentliche oder Privatanfragen werde ich s t e t s hinlänglich Belege dafür liefern. Das so häufig gehörte Verlangen nach Einführung des „sog. Massachusetts-Systems", das als Panacee und Substitut für alle eingebildeten oder wirklichen Uebel des Coroner-Systems empfohlen wird, ist auf totaler Unkenntniss b e i d e r Systeme basirt.

Der Arzt, der in Massachusetts in erster Linie über die Tragweite des Falles zu entscheiden hat, übergiebt eventuell den Fall dem Distr. Attorney, der sodann die Stelle des Coroners in New York übernimmt und vertritt.

U n s e r Assistenz-Arzt in New York ist aber doch m i n d e s t e n s ebenso fähig das zu thun, wie der dazu ernannte Arzt in Massachusetts, mit dem Unterschiede, dass wenn als das Resultat seiner Postmortem- oder sonstigen Untersuchung sich eine Verhaftung als nothwendig herausstellen sollte, die wohlbekannte, äusserst langweilige und oft äusserst langsame Procedur des Distr. Attorney und der Grand Jury erfolgen würde, anstatt des in den meisten Fällen sehr rasch eintretenden Coroner-Inquestes.

Die kräftigste Illustration, die ich Ihnen in dieser Beziehung vielleicht geben kann, würde ein Fall sein, der vor einigen Wochen unter meine Beobachtung kam und den ich Ihnen deshalb mittheile.

Spät Abends um 9 Uhr, an einem Tage, der Arbeit genug geliefert, um ein Anrecht zur Ruhe zu verleihen, wurde mir

ein Abortionsfall telephonisch berichtet, ohne so dringend zu sein, dass die Untersuchung oder Antemortem nicht den nächsten Morgen hätte stattfinden können. Da mir aber gleichzeitig gemeldet worden war, dass die Polizei einen Arzt auf Verdacht hin arretirt habe, und derselbe im Stationshause sei, so ging ich sofort nach der 129. Strasse, wo die Betreffende lag; von da nach 1½-stündiger Vernehmung mehrerer Zeugen, nach dem Stationshause, wo ich des Arztes und der Polizei Aussagen entgegennahm, von da zurück nach der 129. Strasse und wieder nach dem Stationshause. Das Resultat meiner Untersuchung war, dass der Arzt zwar eine unkluge Bemerkung gemacht, die den Verdacht auf ihn lenkte, aber keine ungesetzliche Handlung begangen hatte. Daraufhin instruirte ich den Capitän, den Arzt zu entlassen und ersuchte zugleich die — allüberal und so auch da — anwesenden Zeitungsberichterstatter, den Fall zu unterdrücken, damit der gute Ruf des Arztes nicht durch sensationelle Berichte geschädigt werde, was sie auch thaten und der Herr College verliess halb 1 Uhr das Stationshaus, sagte flüchtig: Thank you, Coroner, und ging glücklich nach Hause. Dass ich seitdem nichts mehr von ihm sah noch hörte, versteht sich von selbst. Aber, m. H., ohne unsere vielgeschmähte Coroners-Institution hätte der Mann die Nacht im Stationshause verbringen müssen, wäre den anderen Morgen vor einen Polizeimagistrat gebracht worden und da d e r unmöglich eine solche Untersuchung sofort anstellen konnte, die nöthig war, die Thatsachen festzustellen, wäre der Arzt dem Distr. Attorney und der Grand Jury etc. überwiesen worden. Und wenn seine Unschuld später noch so entschieden festgestellt worden wäre, sein guter Name wäre befleckt geweesen und seine Carriere vielleicht für immer beschädigt.

Ein Coronersinquest, regelrecht abgehalten nach den sehr leicht zu erlernenden Regeln des Criminalrechtes, mit Advokaten für jede Partei, mit Jury und eventuell Staatsanwalt, mit Dutzenden von Zeugen anwesend, ist eine der besten Garantien für ehrliche und gewissenhafte Untersuchung, und sicherlich mehr Garantie für G e r e c h t i g k e i t, als wenn wie in Massachusetts es dem Gutachten e i n e s Arztes überlassen bleibt, ob der Fall überhaupt eine criminelle Seite habe oder nicht!

Und während es für Aerzte oft sehr ungelegen sein mag, Zeugniss ablegen und ein paar Stunden in der Coroner's Court

dazu verweilen zu müssen, so ist das doch mehr eine Folge ihres Berufes als des Coroners, und in irgend einem anderen Gerichtshof, der an dessen Stelle treten würde, würde der Zeitverlust wahrscheinlich grösser — die Rücksicht, die ihnen zu Theil würde, aber sehr viel geringer sein.

Fälle, meine Herren, wo ein Unfall einer Eisenbahn, eines Gerüstes, eines Elevators einen Menschen tödtet, führen j e d e s m a l und unabweisbar zur Verhaftung irgend eines damit in Verbindung stehenden Conducteurs, Vormanns, Elevator boy etc. In allen solchen Fällen kann eine ärztliche Untersuchung allein n i e die criminelle Verantwortlichkeit feststellen, die Coroners-Untersuchung aber sehr wohl und sie findet regelmässig binnen wenigen Tagen, längstens Wochen statt, — seltene Fälle ausgenommen, wo z. B. die Vernehmung eines Zeugen nöthig erscheint, der bei derselben Gelegenheit verwundet wurde und auf dessen Wiederherstellung deshalb gewartet wird. In allen solchen Fällen ist es der Coroners-Inquest und die dem Coroner verliehene gerichtliche Macht, die dem unschuldig Verhafteten seine baldige Befreiung verschafft, auf die er nach dem gewöhnlichen, schleppenden Gange der Gerichte oft sehr lange warten müsste!

Eine Beobachtung von grosser Wichtigkeit scheint mir die Thatsache zu sein, dass Dutzende von kleinen Kindern alljährlich von ihren Eltern i m B e t t e e r d r ü c k t w e r d e n. Es scheint mir klar, dass Aerzte darauf hinwirken könnten und sollten, dass kleine Kinder n i c h t in demselben Bette mit Erwachsenen schlafen sollten, und in den meisten beobachteten Fällen hätte das sehr leicht vermieden werden können, wenn die Eltern sich der Gefahr bewusst gewesen wären. Diese Fälle betrafen nicht nur Säuglinge, sondern Kinder von 2—6 Jahren und kamen nicht nur in den ärmsten Familien, bei denen Mangel an Raum etc. als Entschuldigung plädirt werden könnte, sondern auch, und nicht so sehr selten, in wohlhabenden Familien vor.

S e l b s t m o r d e, ihre Ursachen, der Modus, die Wahl des Mittels, Zeit, Alter etc. liefern ein unerschöpfliches Material der Beobachtung.

Was ich Ihnen vor Allem hier betonen möchte, ist dies:

Es ist n i c h t die Polizei, die in solchen Fällen zuerst benachrichtigt werden sollte, sondern der C o r o n e r und zwar direct, sofort, nicht auf Umwegen über die Coroner's Office.

Es kamen im Jahre 1896 369 Fälle von Selbstmord zur

Kenntniss, die Fälle nicht eingeschlossen, wo Menschen z. B. ertrunken gefunden wurden, und wo die Frage: Ertrunken oder ertränkt nicht erledigt werden konnte. Ein Selbstmord ist jeder Zeit ein höchst delicater Vorfall in irgend einer Familie und sollte nach meiner Ansicht nicht des Langen und Breiten in der Tagespresse besprochen werden, mit Darlegung aller der Privatverhältnisse, Motive, Familien- oder finanzieller Verlegenheiten, die dazu führten.

Das beste Mittel, das zu veranlassen, ist das was in den meisten Fällen geschieht — ein Gang zur Polizei. Bis wir dann davon hören und uns an Ort und Stelle verfügen können, ist Alles bereits im Besitz von unverantwortlichen Personen. Der Polizist sucht in den Taschen nach hinterlassenen Briefen, theilt ihren Inhalt schleunigst dem rasch hinzugekommenen Berichterstatter mit, und ehe 12 Stunden vergehen, verkündet die Presse — was sie nichts angeht!

Ich habe im Anfang meiner Erfahrungen sehr oft, ja gewöhnlich, Briefe, Waffen etc. von dem Schauplatz der That entfernt gefunden — auf dem Stationshause, trotz des klaren Wortlautes des Gesetzes, dass Niemand Person oder Dinge in solchen Fällen anrühren darf ausser dem Coroner. Ich protestirte bei Polizist, Sergeant, Capitän und Inspector, von denen jeder mich an Orders des „Chief" verwies. Ich ging zu ihm und er sah sofort, dass ich Recht hatte und berief alle Capitäne, um ihnen das Gesetz klar zu machen. Da manche trotzdem später sich wieder an Waffen und Briefen vergriffen, so musste ich nach einigen Monaten nochmals denselben Gang machen und dieselbe Procedur wurde abermals verfolgt. Heute, meine Herren, wagt kein Polizist mehr dem Coroner vorzugreifen mit dem in unseren Augen wichtigen Resultat, dass von Thatsachen und Briefen, wenn gewünscht und im Interesse heiliger Familienverhältnisse, Niemand etwas erfährt und der Sensationswuth der frivolen Presse gesteuert werden kann!

Nochmals sei es gesagt, dass der Glaube, die Polizei müsse in solchen Fällen benachrichtigt werden oder dabei sein, auf absolut falscher Voraussetzung beruht! Es genügt vollkommen, den Coroner zu benachrichtigen! Was nun die 369 Fälle von Selbstmord betrifft, so waren darunter 116 Pistolenfälle und 145 Vergiftungen.

Ueber die Pistolenfälle und ihre mannigfachen Varietäten wäre eine besondere Abhandlung sicherlich von grossem In-

teresse. Vielleicht wird Dr. Schultz, mein fähiger und fleissiger Assistent, Ihnen darüber einiges sagen. Ebenso über Vergiftungen. Aber was ich hier beifügen möchte, so kursorisch wie es die Spanne Zeit erheischt, ist dies:

Unter den 145 Vergiftungsfällen waren 42 mit Carbolsäure, sicherlich eine grosse Anzahl, wenn man bedenkt, wie schmerzhaft diese Procedur ist und wie andere, ebenso sichere und weniger Schmerzen bereitende Gifte ebenso leicht zu erreichen sind, wie z. B. Opium, Arsenik etc. Dass die Veröffentlichung sehr viel damit zu thun hat, geht sicher daraus hervor, dass in manchen Monaten, z. B. Mai, 6 derartige Fälle vorkamen, im December 7, November 5, in anderen Monaten gar keine. Die nämliche Beobachtung machte ich in den 32 Fällen von Selbstmord durch Hängen; im October 6, im April gar keinen.

Ueber die Moral des Selbstmordes zu reden, kann hier der Platz nicht sein, ich möchte auch denen, die sich dazu gezwungen fühlen, keinen Modus empfehlen. Unzweifelhaft aber ist, dass viele Fälle von Selbstmord unsagbares Elend über Familien verhängen, und die Frage wäre deshalb wohl der Untersuchung werth, ob die zügellose Veröffentlichung aller solcher Fälle mit allen Details der widerwärtigsten Art nicht im Interesse der Gesellschaft beschränkt werden sollte. Dass das Coronersamt das Recht hat, Postmortems zu erzwingen, wo keine andere Behörde das vermöchte und dass dadurch der Wissenschaft sehr oft ein grosser Dienst erwiesen wird, das wissen Sie alle und viele von Ihnen haben daraus schon manchmal Vortheil zu ziehen gewusst. Wenn aber noch viele Aerzte glauben, aus Rücksicht für bes. religiöse Vorurtheile an uns appelliren zu müssen in Fällen, die ohne Autopsie keine sichere Diagnose der Todesursache zulassen, davon zu abstrahiren — und das kam sehr häufig vor — so glaube ich kaum, dass, seltene Fälle ausgenommen, auf dieses sentimentale oder religöse Vorurtheil viel Rücksicht genommen werden sollte. In einem Todesfall in einer sehr orthodoxen Familie wurde der Appell an den Coroner, von der Autopsie abzusehen, sofort zurückgezogen, als der Advokat die Möglichkeit oder Wahrscheinlichkeit eines erfolgreichen Civilprozesses für Geldentschädigung als Folge der Autopsie hinstellte.

In einem anderen Falle, wo die Familie mit aller Gewalt sich dagegen sträubte und der Coroner darauf bestehen

musste, war die Familie ganz bereit dazu, wenn nur die behandelnden Aerzte nicht dabei sein würden!

Wenn wir auch Alle wissen, dass Beispiele nichts beweisen, so dürfen wir doch behaupten, dass wenn Gewinnsucht und Rache (oder Bosheit), wie in obigen Fällen (und das sind nur zwei von mehreren, die ich Ihnen geben könnte) die Vorurtheile besiegen können, Rücksichten auf Wissenschaft oder Gesetz ebenso viel Gewicht — oder mehr — haben sollten. Dies ist eine der vielen Verlegenheiten, die den Coroner sehr oft, wenn er seine Pflicht ehrlich und gewissenhaft ausüben will, in unangenehmen Conflict mit Aerzten und Publikum bringen und mich oft an den Ausspruch Caspers — dessen Buch heute noch in den meisten Fällen mehr Werth hat als z. B. Allen McLane Hamilton's — erinnert, wenn er sagt: „Es möge sich jeder wohl prüfen, ehe er unter die Bewerber zu einer solchen Stelle (er meint Gerichtsärztliche) auftritt, wobei er noch zu erwägen hat, dass wenn er in seiner Amtsthätigkeit seinem Diensteid und seinem Gewissen furchtlos als Ehrenmann treu bleibt, er nicht immer auf lauter Freunde im Publikum und unter seinen Collegen zu rechnen habe."

Eine der schwierigsten und alltäglich sich wiederholenden Aufgaben des Coroners ist das Factum, dass wir das Haus der Betroffenen im Augenblick des grössten Jammers und Elends betreten und gewisse Pflichten sofort und ernst erfüllen müssen und bei der grössten Rücksicht und Delicatesse für die Gefühle der Angehörigen doch oft als rücksichtslos erscheinen müssen. Taschen und Schubladen bei Selbstmordfällen nach hinterlassenen Briefen zu untersuchen ist keine angenehme Aufgabe für einen gebildeten Menschen und doch erheischt das Gesetz solche Proceduren und seine Durchführung hat mir schon sehr oft die gewünschte und im Interesse der Gerechtigkeit nöthige Aufklärung verschafft. Ich brauche in dieser Beziehung nur auf den einen Umstand aufmerksam zu machen, wie geschickt Verbrecher oft Mord als Selbstmord erscheinen lassen möchten.

Wie geschickt Demagogenthum das Vorurtheil gegen das Coroners-System auszubeuten versteht, hat vorigen Herbst der Tammany-Candidat für Coroner bewiesen. In einer nach seiner Nomination gehaltenen Rede freute er sich, wenn gewählt, seine Stellung im Interesse des „armen Arbeiters" etc. ausüben zu können. Damit spielte er auf die vielen Unglücksfälle an, in denen nach seiner und Vieler Ansicht die bisherigen Coro-

ners nur das Interesse der Corporationen und reicher Leute vertreten.

Darüber folgendes: In allen solchen Fällen, Eisenbahn-Unfällen, Ueberfahrungen, Elevator-Unfällen, Einsturz-Unfällen sind es immer die armen Arbeiter, Kutscher, Conducteure, Elevator-Jungen, Vormänner etc., die zuvörderst von dem Gesetze verantwortlich gehalten und arretirt werden — nicht aber die Corporationen, Fabrikbesitzer, Hauseigenthümer, Railroad Bond-Besitzer etc., etc.

Diese werden finanziell verantwortlich gehalten — jene werden arretirt. Wenn sorgfältigste Untersuchung die Unschuld der Kutscher und Elevator-Jungen feststellt, wie dies so oft, ja meistens geschieht, so ist damit nicht der reiche Mann gerechtfertigt, wohl aber der arme Arbeiter, der sofort freigelassen wird, nachdem die Coroners-Jury ihr Urtheil gesprochen. Der Civilprozess für finanzielle Entschädigung steht den Betheiligten dann immer noch frei. Es sei fern von mir, jeden Coroner als ein Musterbild der Vollkommenheit hinzustellen, sie begehen Fehler und Irrthümer so gut wie Richter, Gouverneure und Präsidenten. Aber ihre Untersuchungen, soweit meine Beobachtungen mich lehrten, sind ausgiebig, unparteiisch und im Interesse des Gesetzes und der Gerechtigkeit geführt.

Die Coroners der Stadt New York leiden dabei unter dem grossen Nachtheil, dass ihre Zahl, ihre Assistenten, ihre Mittel etc. in 40 Jahren dieselben geblieben sind, während die Stadt New York während dieser Zeit sich an Ausdehnung und Bevölkerung mehr als verdoppelt hat. Das Territorium dehnt sich heute bis City Island aus. Die Einwohnerzahl ist zwei Millionen. Der ganze Kostenanschlag für die Coroners-Office beträgt ca. 58,000 Dollars jährlich.

Wenn Sie bedenken, dass alle Todesfälle durch Mord, Selbstmord, Unfall und alle plötzlich ohne Behandlung eines Arztes gestorbenen Menschen in das Amt des Coroners fallen, so haben Sie vielleicht eine Idee von der Grösse und dem Umfang unseres Berufes. In 1896 hatten wir 5360 Fälle mit 2016 Autopsien!

Ueber die Auswahl der geeigneten Männer für das Amt möchte ich auch ein Wort sagen.

Es ist nicht absolut nöthig, dass ein Arzt das Amt bekleide, da der rein medicinische Theil nach dem Gesetze von dem Coroners-Arzte besorgt werden muss. Ein tüchtig gebil-

deter Mensch kann also das Amt sehr gut verwalten, wenn er einen guten ehrlichen Pathologen zum Assistenten hat. Während aber der Coroner in seiner Amtsthätigkeit von der Presse, den Advokaten, dem Staatsanwalt etc. controlirt wird, entgeht der Coroner's Deputy j e d e r Controlle, wenn der Coroner k e i n Arzt ist. Darum hauptsächlich bin ich der Ansicht, dass es besser sei, wenn nur Aerzte Coroner sein würden. So gut aber Advokaten, die Bar-Association ihre Stimme bei der Nomination vor Richtern vernehmen lassen — und sehr oft die Nominationen controlliren —, ebenso sicher sollten die Aerzte sich nicht von den Politikern die Nominationen für Coroner aufzwingen lassen. Wenn die fast 5000 Aerzte w o l l e n und sich einigen können, so werden sie Stimmen und Einfluss genug erringen, dass man ihre Wünsche nicht ignorirt. Und wenn sie es nicht thun, wenn sie ihre Pflicht als Arzt und Bürger, wie es leider gewöhnlich der Fall ist, i g n o r i r e n und sich damit begnügen, am Wahlkasten für den einen oder anderen der ihnen aufgedrungenen Candidaten zu stimmen, und nachher zu raisoniren, dann ist es ihre eigene Schuld und niemandes anderen, wenn schlechte Beamte sie belästigen.

Meine Herren, ich hätte noch eine Anzahl Punkte zu berühren gewünscht und andere gerne ausführlicher erörtert, doch die Zeit drängt und deshalb nur noch einige Worte.

Wir sehen eine Anzahl Fälle, wobei die Thätigkeit von Hospitälern, Ambulanzärzten, Operationen in Frage kommen. Eine Klage gegen das N. Y. Hospital z. B. über unzeitige Transportirung eines Kranken nach Bellevue, der kurz nach seiner Ankunft dort starb — einer von den vielen Fällen, über die wir alle schon so viel lasen, hörten und sprachen — beschäftigte mich Wochen lang. Ich verhörte privatim J e d e n der irgend etwas darüber wusste, Familienfreunde und Angehörige beider Hospitäler. Und schliesslich halte ich einen Inquest, der von Morgens 11 bis Nachts 11 dauert. Das wird in der Presse in gewohnter frivoler und oberflächlicher Weise raportirt und mit ein paar Worten erledigt, eventuell critisirt. Und d a s i s t, was ausser den speciell Betheiligten, die grosse Welt — Sie eingeschlossen — davon erfährt. Die Schwierigkeit aber, der Pflicht, Gerechtigkeit und dem Gesetze Genüge zu leisten und doch gleichzeitig Aerzte und Verwaltung gegen bestehende Vorurtheile zu schützen, ist sehr gross und offen gestanden, glaube ich kaum, dass irgend ein Gerichtshof sie besser bewältigen könnte und b e w ä l t i g t, als der vielgeschmähte Coroners-Inquest.

Ebenso Ambulanzfälle, übersehene Schädelbrüche, scheinbare Betrunkenheit etc.: aber critisiren ist leicht, besser machen oft sehr schwer.

Die Arbeiten des Coroners involviren in einer grossen Anzahl von Fällen Schwierigkeiten grösster Art, Verantwortlichkeit der schwersten Art und Kenntniss von allen möglichen Professionen und Gewerben, und dabei hat fast jeder für ihn stets einen billigen Witz auf der Zunge.

Ich hoffe, meine Herren, Sie sind nicht gar zu enttäuscht über Inhalt und Form meiner Beobachtungen und geben mir in der Discussion Gelegenheit, Manches zu erläutern und beizufügen.

Ich danke für Ihre Aufmerksamkeit und bitte um Entschuldigung für die Mängel!

SITZUNGSBERICHTE.

Deutsche Medicinische Gesellschaft in New York.

17 West 43. Strasse.—Sitzung vom 1. März 1897.

Präsident: Dr. W. Freudenthal.

Secretär: Dr. John A. Beuermann verliest das Protokoll der letzten Sitzung, welches angenommen wird.

1. VORSTELLUNG VON PATIENTEN.

Dr. F. Lange: Ungewöhnlicher Fall von Laparotomie wegen Uterus-Fibroids.

Frau B., 30 Jahre alt, seit drei Jahren verheirathet, aber kinderlos, war vor einem Jahre von berufener Seite einer Laparotomie behufs Beseitigung eines grossen, breit aufsitzenden, tief ins kleine Becken entwickelten Uterus-Fibroids unterworfen worden, wobei sich so unüberwindliche Schwierigkeiten herausstellten, dass von der Operation Abstand genommen werden musste. Nach einer länger dauernden Eiterung trat schliesslich Heilung mit einer breiten, dem Tumor fest aufsitzenden Narbe ein. Wegen zunehmender Druckerscheinungen fasste die Patientin neuerdings den Entschluss, die Geschwulst, sei es auch unter grösster Lebensgefahr, beseitigt zu haben. Die Operation wurde am 9. Januar 1897 ausgeführt. Zunächst wurden alle vier Extremitäten durch Aderlassbinden hyperämisch gemacht, damit im Falle grösseren Blutverlustes Blutreserven zur Verfügung wären. Sodann wurde mittelst eines modificirten Bardenheuer'schen Querschnitts möglichst direct gegen die Uterin-Arterien losgegangen. Dr. Lange hatte in früheren Fällen, in denen er diese Schnittführung gebraucht hatte, die Erfahrung machen müssen, dass das Herunterziehen der sich sehr stark retrahirenden Recti Schwierigkeiten macht, und

die Suturen zwischen den Längsfibrillen in Folge starren Zuges leicht durchschneiden. Es wurde daher mit dem Meissel der obere Rand der Schambeine in der Ausdehnung der Ansätze der Recti abgetragen und der Schnitt nach beiden Seiten oberhalb des lig. Poupartii gehörig verlängert. Die Geschwulst hatte das Peritoneum hoch erhoben, so dass seine Umschlagsstelle mehr als handbreit oberhalb der Symphyse lag, und die Blase entsprechend in die Höhe gezogen. Es wurde dann ein Medianschnitt bis zum Nabel hinzugefügt und die ganze breite Narbe einschliesslich des fest adhärenten Peritoneums auf dem Tumor umschnitten. Des Weiteren zeigten sich sehr schwer zu lösende Darmadhäsionen, in deren einer sich ein kleiner, Seidenligaturen enthaltender Abscess befand. Der Appendix wurde wegen ausgedehnter Verwachsung amputirt. Die grösste Schwierigkeit bestand aber in der Lösung des Dickdarms, zwischen dessen Gekröselblätter sich die Geschwulst hoch hinaufgeschoben hatte. In der That kam es zu einer ausgiebigen Abhebung der äussersten Schichten der Darmwand, welche durch eine Anzahl von Catgutnähten ausgeglichen wurde. Erst nach Abtragung der grösseren Masse der Geschwulst oberhalb einer elastischen Ligatur war es möglich, den im Becken eingekeilten Theil wirksam anzugreifen und stellte es sich heraus, dass auch die Ovarien zu derben cystischen Säcken mit hämorrhagischem Inhalt degenerirt waren. Auch wurde ein alter abgekapselter Blutsack im Peritoneum gefunden, welcher vermuthlich seit der ersten Operation bestand. Er enthielt einen graubraunen Blutbrei und einige schwarze, fast knorpelharte Blutklumpen. Die Unterbindung der Arteriae uterinae gelang relativ früh und leicht und verhinderte excessiven Blutverlust. Gleichwohl war die Patientin in Folge der langen Dauer der Operation fast pulslos geworden, so dass vor Schluss der Bauchwände, übrigens mit ausgezeichnetem Erfolge, eine Kochsalz-Infusion von 1500 Gramm in die Vena saphena gemacht wurde. Der mächtige peritoneale Defect im kleinen Becken wurde durch Verziehen des Bauchfells mittelst Catgutnaht möglichst verkleinert, der Uterusstumpf übernäht und der Peritonealdefect an der vorderen Bauchwand dadurch ausgeglichen, dass das Netz breit entfaltet und seine untere Kante hinter den Schambeinen durch Catgutnaht fixirt wurde. Die Ansätze der Recti mit der abgemeisselten Knochenlamelle wurden durch Knochennähte mittelst Silkworm an die Symphyse befestigt und im übrigen die Weichtheilswunde durch Etagennähte geschlossen. Gaze-Tampons wurden an den Ecken herausgeleitet. Eine Schicht perforirten Rubber-Tissues trennte sie von den darüberliegenden Därmen. Die Heilung nahm einen relativ ungestörten Verlauf. Auffallend war das Fehlen von Collaps nach der Operation, welche bis zur völligen Vollendung volle fünf Stunden gedauert hatte. Am Abend verlangte die Patientin Bier, angesichts ihrer bayerischen Abstammung gewiss ein ermuthigendes Zeichen.

Dr. Lange weist auf die Nothwendigkeit hin, in einem so extremen Falle alle technischen Hilfsmittel zu erschöpfen, namentlich diejenigen, welche auf die Beschränkung des Blutverlustes, respective auf den baldigen Wiederersatz des Blutes gerichtet sind. Von dem Querschnitt hat er in mehreren Fällen von subserösem Fibroid, welche zu den

schwierigsten zu rechnen waren, mit bestem Erfolge Gebrauch gemacht.

2. DEMONSTRATION VON PRAEPARATEN, INSTRUMENTEN etc. Dr. F. Lange:

a) Apparat zur Präparation von Catgut nach der Methode von Hofmeister.

Die Methode von Hofmeister besteht darin, dass man durch einen Vorbereitungsprocess des Catgutes ermöglicht, dasselbe ohne Schaden der Siedehitze in Wasser auszusetzen, und zwar geschieht die Vorbereitung durch Behandlung mit Formalin. Das Catgut wird 24—28 Stunden in eine 2—4-prozentige Formalinlösung getaucht, je nach der Stärke des Catgut. Es wird dann sehr sorgfältig ausgewässert und kann dann gekocht werden. Es ist aber sehr wichtig, das Catgut, bevor man überhaupt die Präparation beginnt, unter starker Spannung aufzuwickeln. Nachdem der Kochprocess im Wasser, der 15, 20 Minuten durchgeführt wird, beendet ist, taucht man es in absoluten Alkohol, in dem es einige Stunden zu liegen hat, und es ist dann zum Gebrauch verwendbar; und zwar nach den ziemlich übereinstimmenden Ansichten derer, die damit gearbeitet haben, als durchaus haltbares und steriles Catgut. Mir kommt es hauptsächlich darauf an, hier den Apparat zu demonstriren, vermittelst dessen die Spannung, welche nach Hofmeister wichtig für die Haltbarkeit des Fadens ist, möglichst gesteigert wird. Nachdem das Catgut dem Auswässerungsprocess ausgesetzt worden, wird es ausserordentlich dehnbar. Sie sehen hier einen Metallrahmen mit Schraube, durch deren Anziehen die Spannung der aufgewickelten Fäden beliebig gesteigert werden kann. Dadurch erhält man, wie es scheint, ein ausserordentlich haltbares Material. Es ist auffällig, wie selbst die dünnsten Fäden widerstandsfähig werden.

Es ist das namentlich für gynäkologische Operationen wichtig, in denen man Eiterung zu erwarten hat. Es verlaufen bekanntlich nicht alle gynäkologischen Operationen aseptisch, und wenn man dann Seidenligaturen in grosser Masse braucht, kann doch hinterher mit allmählichem Herauseitern solcher Ligaturen ein recht verdriessliches Moratorium bis zur vollständigen Heilung gegeben sein. Ich glaube, auch wenn die Herren starke Kraft anwenden, werden sie schwerlich in der Lage sein, die Fäden, welche ich zur Probe herumreiche, zu zerreissen.

Das Stärkerwerden des Catguts hat man sich vielleicht so vorzustellen, dass durch die vermehrte Spannung eine grosse Masse von kleinen Wellungen der elastischen Fasern ausgeglichen werden, so dass vielleicht tausend oder hundert von kleinen Fibrillen in annähernd gleicher Spannung sind und dem Zug gleichmässig antworten können, während bei nicht gleichmässiger Spannung eine nach der andern gegenüber dem Zug einreisst.

b) Präparate von Darm-Invagination.

Ich habe in einer Anzahl von Fällen von Darm-Invagination bei Kindern mich zu chirurgischem Eingreifen entschliessen müssen, aber leider in der Mehrzahl der Fälle ein sehr trauriges Resultat erzielt.

Ich möchte hauptsächlich deshalb die Frage hier zur Sprache bringen und in erster Linie dabei betonen, wie wichtig es in solchen Fällen ist, die abwartende Behandlung nicht zu lange auszudehnen. Die Lebensfähigkeit des Darms leidet in den einzelnen Fällen in ausserordentlich verschiedenen Zeiträumen und das hängt von Zuständen ab, die wir nicht beurtheilen können. Ich glaube, dass die Versuche mit den sonstigen Mitteln im Anfange durchaus indicirt sind; wenn man aber damit nicht zum Ziel kommt, soll man nicht zu lange mit dem operativen Eingriff warten. Ich habe einmal in einem Fall, wo es sich um ileocöcale Invagination extremsten Grades handelte, ein günstiges Resultat durch Laparotomie erzielt. Da kam ich glücklicherweise früh genug dazu, aber drei andere Kinder, in denen ich Laparotomie zu machen hatte, sind mir im Collaps gestorben. Ich habe die Präparate von zweien dieser Kinder hier.

Der eine dieser Fälle liegt schon Jahre zurück. Es handelte sich um ein Kind von zwei Jahren, welches ich fünf oder sechs Tage nach dem Zustandekommen der acuten Invagination in Behandlung nahm und bei dem ich Anastomose zwischen dem Blinddarm und dem absteigenden Colon machte.

(Demonstration des Präparats).

Es war nicht möglich die Invagination zu lösen. Die Autopsie ergab, dass das Hinderniss gegeben war durch kolossale ödematöse Schwellung und beginnende Gangrän des Invaginatum.

In dem zweiten Fall waren dieselben verhängnissvollen Folgezustände schon nach 48 Stunden vorhanden. Das Kind war am Freitag krank geworden und wurde am Sonntag Abend operirt. Es handelte sich gleichfalls um invaginatio ileocoecalis.

(Demonstration des Präparats).

Von dem dritten Fall kann ich das Präparat nicht vorzeigen. Ich hatte die Anastomose mit dem Murphy-Knopf gemacht, aber auch dieses Kind ist 8 bis 9 Stunden nach der Operation an Collaps zu Grunde gegangen.

Interessant war der letztere Fall insofern, als die Invagination ihren Ursprung von einer Stelle im Dünndarm nahm. Es befand sich im Darm ein harter Knoten, der mit der Convexität nach dem Darminnern vorragte.

(Illustration an der Tafel).

Es war hier ein verhängnissvoller Irrthum, dass ich glaubte, es könnte sich um eine Neubildung handeln, und da die Operation gut von Statten gegangen war, auch die Invagination sich noch hatte lösen lassen, beschloss ich diese Geschwulst schnell noch abzutragen, um dadurch das Kind wenigstens von dem vermeintlichen Tumor zu befreien. Die Autopsie ergab aber, dass es kein Tumor war, sondern eine entzündlich verdickte Partie dees Darms mit gangränöser Schleimhaut und wahrscheinlich das Ganze ein alter chronischer Entzündungsprocess.

Ich glaube, man muss bei diesen sehr geschwächten Kindern bemüht sein, ihnen möglichst wenig zu bieten, aber nachdem so lange zugewartet ist, sieht man sich auch leicht Verhältnissen gegenüber, welche die Befürchtung zulassen, dass man nur etwas Halbes thun

darf. Der Cardinalpunkt der ganzen Frage liegt darin, nur nicht zu lange in solchen Fällen den operativen Eingriff hinaus zu schieben.

Einige von den microscopischen Präparaten der Darmwand sind instructiv und interessant. (Demonstration).

In einem vierten Fall von Darminvagination habe ich glücklicherweise ein besseres Resultat erzielt. Aber es handelte sich nicht um acute Invagination, sondern um einen chronischen Zustand. Eine unverheirathete Frau von etwa 40 Jahren hatte seit etwa drei Monaten Schmerzen im Unterleib bekommen, meist von periodischem Charakter; Ziehen, Drücken, Kneifen, und hatte sich seit etwa sechs Wochen sehr unregelmässiger Stuhl eingestellt, Diarrhoe, mit Verstopfung abwechselnd. Ein deutlich palpabler Tumor zeigte sich an der linken Hälfte des Abdomens, der eine wurstförmig gewundene Gestalt hatte und verschieblich war. Er lag in der Gegend der Flexur, es erwies sich aber, dass er der Flexur nicht angehörte. Wenn man den Darm aufblähte, rückte der Tumor nach oben und wurde weniger leicht palpirbar, weil durch die starke Spannung des Gekröses der Darm mehr nach oben gezogen wurde. Ich habe in diesem Fall Anastomose gemacht zwischen dem Ileum und dem Quercolon und habe die ganze zwischenliegende Partie resecirt, und zwar mit bestem Erfolg. Ich brauchte in diesem Fall den Murphy-Knopf, der am zwölften Tage abging. Heilung trat in schönster Weise ein. Die Darmfunction ist jetzt ganz normal.

(Demonstration des Präparats).

Die Operation nahm erhebliche Zeit in Anspruch, aber in diesen chronischen Fällen, wo der Patient nicht zu Collaps neigt, spielt das keine Rolle.

Discussion:

Dr. Willy Meyer: Die Behandlung der Intussusception bei Kindern sowohl wie bei Erwachsenen ist jedenfalls ausserordentlich wichtig. Wie Dr. Lange hervorgehoben hat, sollte man sicherlich beim Kinde nicht sofort mit der Operation bei der Hand sein. College Northrup hat erst vor Kurzem in der "Medical News" einen sehr interessanten Fall veröffentlicht, in dem es gelang, nach 24 Stunden durch grosse Eingiessungen von 105° normaler Salzlösung einen Rückgang der Einschiebungen hervorzubringen. Doch gelang es nicht sofort. Wenn ich mich recht entsinne, wurde 24 Stunden nach der ersten Sitzung noch einmal ein Gleiches versucht, dann mit bestem Erfolge. Die Diagnose war sicher gestellt, denn es waren blutige Stühle abgegangen. Wenn ein vorher ganz gesundes Kind plötzlich mit Symptomen erkrankt, die darauf hindeuten, dass das Lumen des Intestinaltracts obstruirt ist, wenn dann blutige Stühle zum Vorschein kommen und das Kind erbricht, so sollte in einem solchen Falle möglichst bald von der Narkose Gebrauch gemacht werden, um bei Ausschaltung des Widerstandes der Bauchdecken event. einen Tumor speciell in der Ileocöcalgegend zu fühlen. Ist die Diagnose so früh gemacht, so kann noch viel Gutes erreicht werden mit der systematischen Behandlung. Aber ich würde dann stets dem Wasser den Vorzug geben. Ich glaube nicht, dass mit Einfüllung der Kohlensäure dasselbe Gute erreicht werden kann wie mit einer grossen Masse Wasser. Trotzdem habe ich

mich in mehreren Fällen überzeugt, dass die Einschiebung des Darmes schon nach kurzer Zeit eine recht feste ist und dass eine erhebliche direkte Zugkraft dazu gehört, dieselbe zu lösen. Deshalb sollte man, wenn Erfolg nach event. wiederholter Wasser-Eingiessung nicht prompt eintritt, sofort zur Operation schreiten.

Ich habe bei drei Kindern zu operiren gehabt und auch letalen Ausgang erlebt. Alle drei waren Fälle von Intussusception in der Ileocöcalklappe.

Bei schon bestehender Peritonitis sollte man nicht den Leib nähen. Man sollte ihn, wie man bei Appendicitis verfährt, offen lassen. Ich glaube, dass man auf diese Weise manches Leben retten kann.

Glücklicher bin ich bei der Intussusception Erwachsener gewesen, und ich habe hier zwei Präparate mitgebracht, die ich in aller Kürze vorzeigen möchte. Das eine stammt von einer Frau von 43 Jahren, die mit Erscheinungen der Appendicitis ins Hospital aufgenommen wurde. Am vierten Tag ihres Aufenthalts im Hospital trat plötzlich Kothbrechen ein, es konnte sich also nur um Obstruction handeln. Ich machte sofort die Laparotomie und fand 12—16 Zoll oberhalb der Valvula Bauhini eine Intussusception. Es gelang, die beiden Theile auseinanderzuziehen, und nachdem dies geschehen, fand sich noch eine zweite Intussusception, und nachdem auch diese entwickelt war, fand ich, was Dr. Lange in seinem letzten Fall palpiren konnte, eine deutliche Geschwulst im Darm. Ich resecirte in grösserer Ausdehnung, und da ich fand, dass an den Grenzen noch verschiedene Schleimhaut-Geschwüre vorhanden, resecirte ich noch ein weiteres Stück. Ich vereinigte die beiden Enden mit dem Murphy-Knopfe. Die Patientin ist genesen. Es handelte sich um ein intraintestinales gestieltes lymphangiektatisches Myxo-Sarcom.

Der zweite Fall ist noch interessanter. Es handelte sich um einen Jungen von 13 Jahren, der schon sechs Wochen schwer erkrankt war. Alles war an ihm seitens interner Behandlung versucht worden. Man hörte schon aus der Ferne im Zimmer ein deutliches Gurren, und bei Nähertreten sah man durch die Bettdecken die Eingeweide deutlich sich contrahiren. Die Diagnose einer chronischen Intussusception war naheliegend. Es kam zur Laparotomie, und es fand sich, dass oberhalb des Appendix der Anfangstheil des Colon ascendens in den oberen Theil des Colon ascendens und in das Colon transversum geschoben war. Eine Auseinanderziehung erwies sich als unmöglich; die Exstirpation des ganzen Tumors war indicirt und wurde ausgeführt. Vereinigung des Darmes mit dem Murphy-Knopfe. Der Junge machte eine sehr gute Reconvalescenz durch.

(Demonstration des Präparats).

Hinzufügen muss ich, dass der Junge, nachdem er aus dem Hospital entlassen war, vier Wochen später an Marasmus zu Grunde ging, und die Section zeigte, dass es sich um ein multiples Sarcom handelte.

Ich glaube, dass, wenn die Intussusception bei Erwachsenen nicht genau in der Ileocöcalgegend liegt, sondern im Verlauf des Dünndarms oder Dickdarms, wir nie vergessen sollten, sofort nach Gewinnung des Präparates durch Resection des Darmes denselben behufs Prognose aufzuschneiden. Um das Präparat zunächst zu schonen, hatte ich dies

hier versäumt und deshalb die Prognose weniger sicher stellen können. Ich glaube, dass es sich in der Mehrzahl dieser Fälle um einen Tumor handelt, wohl weniger häufig um benignen als um malignen.

c) Dr. Percy Fridenberg: Skiagraphien nach Röntgen von Schrot-Schuss-Verletzung beider Augen.

Ich möchte Ihnen zwei Photographien vorlegen, die ich neulich zum Zweck der Localisirung von Fremdkörpern in einem Fall von Schrotschussverletzung beider Augen habe anfertigen lassen. Als vor Jahresfrist der Würzburger Naturforscher uns mit seinem Bericht über eine neue Art von Strahlen überraschte, erkannte man sogleich die theoretische Wichtigkeit dieser Entdeckung. Die praktische Verwendung der Röntgen'schen Entdeckung hat sich von Anfang an die Medicin zur Aufgabe gemacht und auch in kurzer Zeit schöne praktische Resultate erzielt. Heute hat sich die Radiographie als wichtiges Untersuchungsmittel ausgebildet, jedoch in der Augenheilkunde hat man bislang fast nur über negative Resultate berichtet. Aber gerade in diesem Fach wäre die Möglichkeit einer erfolgreichen Anwendung sehr willkommen. Bei vielen Verletzungen des Sehorgans finden wir eine ophthalmoscopische Untersuchung durch Veränderung der Augenmedicen vereitelt, jedoch ist sowohl unser chirurgisches Handeln wie auch die Prognose mit der Frage von dem Vorhandensein von Fremdkörpern im Auge eng verknüpft. Für solche Fälle ist die Röntgenphotographie am Platze.

Die Gründe des Misslingens der früheren Versuche sind in den örtlichen Verhältnissen zu finden. Erstens ist das Auge für die X-Strahlen fast undurchgängig, sodann müsste man eine sensitive Platte dem Auge sehr nahe rücken, um von den verhältnissmässig kleinen Fremdkörpern beeinflusst zu werden. Dann hat man die doppelte Orbitalwandung zu durchleuchten. Endlich lassen sich die ganz kleinen Oscillationen des Kopfes schwer ausschliessen.

Als mir nun vor einiger Zeit der Fall einer Schussverletzung beider Augen vorgeführt wurde, nahm ich mir vor, die Radiographie zur Localisation anzuwenden. Es wurden zwei länglich schmale Carbutt-Platten entsprechend dem innern Orbitalrand abgestützt. Diese Platten wurden auf das mit Watte bedeckte Auge, und zwar senkrecht auf die Axe der Orbita gelegt und vermittelst Binden befestigt. Auf diese Weise wurden die Platten dem Auge möglichst nahe gebracht, und die Kopfbewegungen, die auszuschliessen unmöglich gewesen, liessen sich neutralisiren. Jetzt müsste jede Kopfbewegung eine gleichnamige und gleichmässige Bewegung der Platte hervorbringen. Die Verzerrung des Bildes wäre damit ausgeschlossen. Die Hittorf'sche Röhre wurde nun im Hinterkopf aufgestellt und der Strom durch den Kopf geleitet, und nach einer halbstündigen Aussetzung ergab sich ein „en face" Bild, welches ich Ihnen hiermit vorzeigen möchte. (Demonstration).

In das Papier wurde rechts eine, links zwei Stecknadeln mit der Spitze nach unten eingesteckt, die dazu dienen sollten die Orientirung zu ermöglichen. Denn diese Stecknadeln sassen sogleich auf dem Papier auf und mussten sehr deutlich hervortreten. Hier ist die linke

Orbita. Hier sieht man vier kleine annähernd runde Schattenbilder, die alle nah der Wand zu sitzen scheinen. Das Auge und die Weichtheile zeigen sich als verhältnissmässig helle Stellen. In der rechten Orbita sieht man zwei kleine Körperchen, ungefähr zweimal so gross wie die Schrotkörner waren. Nun sieht man hier rechts ein Körperchen fast in der Mitte der weissen Stelle, d. h. entweder im Auge oder in den Weichtheilen. Um mich über die Tiefenverhältnisse zu orientiren, liess ich eine Profilansicht aufnehmen. Die Röhre wurde auf der linken Seite des Kopfes, die Platte unter der rechten Gesichtshälfte aufgestellt. Auf diese Weise bekam ich die Profilansicht des Kopfes, welche dann den Sitz sämmtlicher Fremdkörper deutlich angab. Den Herren, die sich für diesen Fall interessiren, möchte ich jetzt die negative Platte vorzeigen, welche deutlich den Sitz dieser Körperchen zeigt.

Discussion:

Dr. A. Rose: Ich möchte auf eins aufmerksam machen. Als die Röntgen'sche Entdeckung hier aufkam und besprochen wurde, habe ich mich bemüht dagegen anzukämpfen, dass man das Wort Radiographie gebraucht, und es wäre mir sehr lieb, wenn dasselbe in unserem Bericht durch ein richtiges Wort wie Skiagraphie ersetzt werden könnte.

Präs. Dr. W. Freudenthal: Dr. Baruch, der uns in der letzten Sitzung mit einem Vortrag erfreute, wusste nicht, dass die Zeit für die Redner beschränkt sei. Er hat noch einige wichtige Mittheilungen zu machen und deshalb um 5 Minuten Gehör gebeten.

Dr. S. Baruch. (Liest).

Präs. Dr. W. Freudenthal: Es wurden 61 Stimmen für die zur Mitgliedschaft vorgeschlagenen Candidaten abgegeben, und ich erkläre demnach die Herren Drs. H. B. Adler, A. B. Berk, E. Danzinger, E. De Kraft, M. Davidoff, M. Goldberger, H. Klamer, H. Lehmann, N. Oppenheim und A. Schulman einstimmig zu Mitgliedern erwählt.

Auf Interpellation von Dr. Lange in Bezug auf die Natur des Unterstützungscomites wurde nach erschöpfender Debatte, in der sich ergab, dass beim Entwurf des betreffenden Status die Absicht obgewaltet, ein permanentes Comite zu schaffen, und mit Rücksicht darauf, dass der Präsident das bisherige Comite wiederum ernannt, auf Antrag Dr. Hoeber's beschlossen:

Dass das Comite zur Verwaltung und Verwendung des Unterstützungsfonds eine Ausnahme bilden und von nun ab als ein permanentes erklärt werden soll, und dass der jeweilige Präsident nur im Fall eintretender Vacanz eine Ernennung an dasselbe zu machen habe.

Dr. George Mannheimer liest einen Vortrag über Die hygienisch-dietätische Behandlungsmethode der Lungentuberkulose, nebst Bemerkungen über die Versorgung tuberkulöser Armer. (Siehe Originalarbeit).

Präs. Dr. W. Freudenthal: Die Zeit ist leider zu weit vorgeschritten, als dass wir eine Discussion über diesen interessanten Vortrag eröffnen könnten. Ich vertage dieselbe daher auf die nächste Sitzung.

Schluss und Vertagung.

Wissenschaftliche Zusammenkunft deutscher Aerzte.

110 West 34. Strasse.

Sitzung vom 27. November 1896.

Vorsitzender: Dr. F. E. D'Oench.

VORSTELLUNG VON PATIENTEN.

1) Dr. A. Jacobi stellt ein an gonorrhoischer Vulvo-Vaginitis leidendes Kind mit gonorrhoischer Entzündung des linken Handgelenks vor. Gonococcen wurden in grosser Anzahl gefunden. Derartige Fälle sind nicht sehr selten. Bis jetzt ist nur ein Gelenk befallen, doch kommt gonorrhoischer Rheumatismus häufig in mehreren Gelenken vor, sowohl bei Kindern wie bei Erwachsenen. Schwere Complicationen, wie Peritonitis, sind in solchen Fällen gar nicht so selten, jedoch hat er maligne Endocarditis gonorrhoica nie bei Kindern gesehen.

Dr. H. Klotz sagt, dass betreffs der Anzahl der befallenen Gelenke doch häufig eine grössere Anzahl zuerst befallen werde, dass sich aber später die Entzündung in den meisten Gelenken wieder verliere und nur eines zur Eiterung schreite.

2) Dr. A. Jacobi zeigt ferner einen Jungen mit Hypospadie hohen Grades, bei dessen Geburt die Hebamme erklärte, dass es ein Mädchen sei. Die Diagnose ist jedoch recht leicht und ist der Hoden auf der rechten Seite deutlich zu fühlen und auf der linken bei genauem Abtasten. Circumcision wurde mit 9 Monaten gemacht. Eine mässig verkümmerte Glans ist vorhanden.

Dr. Willy Meyer erklärt, dass es sich um einen sehr klaren Fall von Hypospadie handle.

3) Dr. Wm. Hirsch zeigt ein 8 Jahre altes Kind, welches ihm die Mutter vor 8 Tagen brachte mit der Klage, dass, obwohl es sich bis zum vierten Monate normal entwickelte und auch schon sitzen konnte, die Entwicklung von da an aufhörte und sogar zurück ging, so dass es nicht mehr aufrecht sitzen konnte. Die geistige Entwicklung ging ebenfalls zurück und macht das Kind einen stupiden Eindruck. Die Frau hat schon zwei Kinder verloren, welche dieselben Erscheinungen boten. Er hatte sofort Verdacht auf amaurotische Idiotie und der Augenhintergrund bestätigte die Diagnose. Man sieht einen abgegrenzten runden, weissen Fleck in der Mitte der Macula mit einem rothen Punkt im Centrum. Das typische dieses Krankheitsbildes besteht 1) in Lähmungen, 2) Idiotie bei einem sonst normal entwickelten Kinde und 3) diesem caracteristischen Augenspiegelbefund. Es sind bis jetzt nur wenige Fälle beschrieben, doch ist Familientypus immer gefunden worden. Hyperacusie wird von Autoren bei solchen Fällen hervorgehoben, welche oft bis zur Phonophobie gesteigert ist, und auch bei den früheren Kindern dieser Frau vorhanden war. Opticusatrophie tritt häufig spät ein. Die Aetiologie ist dunkel, doch werden häufig Lues und Rhachitis von den Autoren ausgeschlossen. In diesem Fall ist das Kind rhachitisch und hat die Mutter zwei Mal abortirt.

Dr. C. Koller sah zwei derartige Fälle im Frühjahr und später noch

drei andere. Die Krankheit fängt gewöhnlich im fünften Lebensmonat an und sterben die Kinder meistens vor dem zweiten Jahr.

4) Dr. J. Roeloffs stellt das Kind mit Tetanus neonatorum, welches er in der letzten Sitzung zeigte, wieder vor und machte dasselbe jetzt den Eindruck eines vollkommen normalen Kindes. Er beobachtete nach einer Woche eine rechtsseitige Abducenslähmung, welche jedoch beinahe vollständig verschwunden ist.

5) Dr. F. Kammerer zeigt einen Mann, welcher vor 4 Jahren an Luxation im Hüftgelenk nach einem schweren Trauma operirt wurde. Es ist wohl eine Verkürzunz vorhanden, doch ist das Resultat ein sehr gutes.

Dr. Willy Meyer sagt, dass das Resultat in functioneller Hinsicht ein ausgezeichnetes sei.

6) Dr. F. Kammerer zeigt ferner eine Frau, welche vor 1½ Jahren mit den Erscheinungen einer Stenose des Mastdarms in ein Spital aufgenommen wurde. Es wurde dort die Diagnose Carcinoma recti gemacht und eine inguinale Colostomie mit Anlegung eines permanenten Anus ausgeführt. Das Resultat des Eingriffes war ein äusserst günstiges. Die Frau kam zu ihm mit der Bitte um Schliessung des Anus und hat er die Operation ausgeführt und Prima Intentio erzielt. Es handelte sich nicht um ein Carcinom, sondern um eine sehr chronische Entzündung.

Discussion:

Dr. J. Brettauer frägt, ob eine digitale Beckenuntersuchung gemacht wurde, da Reste einer früheren Entzündung vorhanden sein mussten. Dr. Kammerer sagt, dass allerdings Residuen vorhanden waren. Dr. Brettauer sah vor kurzem einen Fall, wo ebenfalls die Diagnose Carcinoma recti gestellt wurde. Nach symptomatischer Behandlung wurde die Frau besser und waren keine Carcinomerscheinungen vorhanden. Es bildete sich Ascites und Hydrothorax, keine Störungen von Seite der Leber. Wahrscheinlich handelte es sich um eine tuberculöse Peritonitis. Woher jedoch die starke Stuhlverstopfung kam, welche vorhanden war, konnte nicht eruirt werden.

Dr. Willy Meyer glaubt, dass die Rectoscopie nach Kelly mehr gebraucht werden sollte, und würde dann die Diagnose häufig viel klarer sein. In der Knieellenbogenlage kann man sehr schön sehen und würden dann viele zweifelhaften Fälle so aufgeklärt werden.

Dr. J. Schmidt: Chronische entzündliche Processe um das Lumen des Rectums und der Flexura sigmoidea sind nicht so selten und können leicht zu falscher Diagnose Veranlassung geben.

Dr. Kammerer glaubt, dass bei allen Stricturen des Mastdarmes, ob bösartig oder einfach entzündlich, ein blutig-schleimiger Ausfluss vorhanden sei. Er glaubt nicht, dass die Untersuchung des Mastdarmes nach Kelly in solchen Fällen viel leisten würde.

7) Dr. Willy Meyer stellt eine Frau vor, an der die Gastroenterostomie gemacht wurde. Schon vor 10 Jahren waren Symptome von Magenulcus und dauernde Schmerzen vorhanden. Dr. M. Einhorn sah die Patientin und machte die Wahrscheinlichkeitsdiagnose, dass es sich um Adhäsionen, vielleicht auch Infiltration der Magenwand handle. Bei der Operation fand sich keine Strictur des Pylo-

rus, sondern Adhäsionen und eine tief strahlenförmig eingezogene Narbe in der Nähe der kleinen Curvatur. Patientin wurde am 22. October operirt und fühlt sich seitdem ganz wohl.

Dr. M. Einhorn hatte, als er die Patientin zuerst untersuchte, an eine Pylorusstenose gedacht, doch war nur eine Hyperacidität nachzuweisen und musste er eine ausgesprochene Stenose ausschliessen. Später waren geringe Symptome der Stauung des Mageninhaltes vorhanden, doch war Schmerz da und konnte man annehmen, dass es sich um Narben handle.

8) Dr. Willy Meyer zeigt sodann einen Patienten, welchen er wegen maligner Pylorusstenose operirte. Die Gastroenterostomie wurde mit Hülfe des Murphyknopfes gemacht. Es waren wenig Adhäsionen da vorhanden. Multiple grössere oder kleinere infiltrirte Drüsen wurden gefunden. Patienten geht es gut.

Dr. Kammerer schätzt den Murphyknopf sehr, glaubt aber, dass er bei Gastroenterostomie nicht angewendet werden sollte, weil er mit einer Naht verstärkt werden muss und leistet die doppelte Naht dieselben Dienste. Der Knopf macht gewiss manchmal Reizerscheinungen im Magen.

Dr. Einhorn hat den Patienten zweimal gesehen. Es war kein Tumor zu fühlen und doch deuteten die Symptome auf maligne Neubildung und wurde die Diagnose durch eine Magenuntersuchung bestätigt.

Dr. Willy Meyer hat erwähnt, dass gutartige Stricturen ohne Knopf operirt werden sollen, bei maligner Strictur ist derselbe jedoch ausserordentlich indicirt.

9) Dr. Willy Meyer stellt fernerhin eine Frau vor, bei welcher er die Radicaloperation wegen Carcinoma mammae, wie er sie vor zwei Jahren angegeben hat, machte. Es ist in diesem Fall ein grosser Hautdefect entstanden, doch kann Patientin den Arm in jeder Richtung gut bewegen. Sie wurde am 4. Mai operirt, und kann man von einer Verstümmelung, wie sie ihm von einigen Seiten zum Vorwurf gemacht wurde, gewiss nicht sprechen. Er hat bis jetzt zwölf Mal diese Operation ausgeführt und ist jeder Fall mit einer prima Intentio geheilt. Die Narbe kann man durch Halstead's Methode verschliessen. In diesem Fall ist eine Neigung zu Keloidbildung vorhanden.

Dr. F. Torek hat die Operation nach Willy Meyer sechs Mal ausgeführt und kann das gute, das Vorredner betonte, nur bestätigen. Die Operation ist leicht und dauert nur wenig länger als die alte. Die Heilung vollzieht sich ebenso rasch und die Beweglichkeit des Armes ist immer eine sehr gute.

10) Dr. M. Einhorn zeigt einen mit Leukämie behafteten Mann, welcher vor einigen Wochen wegen Schmerzen im linken Hypochondrium zu ihm kam. Bei der Untersuchung fand sich ein Tumor, der die linke obere Bauchhälfte bis zum Nabel ausfüllte, doch ergab es sich, dass dies die Milz sei. Die Blutuntersuchung ergab, dass die weissen Blutkörperchen ungemein stark vermehrt sind, ungefähr 1:20.

11) Dr. J. Adler zeigt ein 18-jähriges Mädchen, welches im Januar dieses Jahres mit Fieber, allgemeiner Schwäche und Ausschlag an den

unteren Extremitäten erkrankte. Sie blieb drei Wochen im Bett, wurde dann besser und stellten sich nach 14 Tagen Schmerzen in der linken Brust ein, die das Liegen auf der linken Seite für längere Zeit unmöglich machten. Er sah sie im April zum ersten Mal, da war etwas Husten, doch kein Auswurf vorhanden. Die Familiengeschichte war negativ. Bei der Untersuchung fand man an der linken Lungenspitze vorn, zwischen der zweiten und dritten Rippe, eine leichte Dämpfung und leeren Schall, ferner war eine Hervorwölbung zu constatiren. Es war stark vermindertes Athmen- und Stimmfremitus vorhanden und an einer Stelle konnte man gar nichts hören. Der erste Gedanke der Assistenten war Aortenaneurisma, jedoch war die expansive Pulsation, wie man sie sonst bei Aneurismen sieht, nicht vorhanden. Ferner konnte ein abgesackter Pleuraerguss in Betracht kommen, die Punktion wurde gemacht und fand man festes Gewebe. Es konnte sich also nur um einen Tumor handeln, entweder einen malignen Tumor, Sarkom, oder einen luetischen Tumor. Für Sarkom sprach das schlechte Aussehen, jedoch kommt hier die Hervorwölbung gewöhnlich nicht vor. Nach einem Monat hatte die Geschwulst stark zugenommen und alle Perkussions- und Auskultationserscheinungen auch. Man nahm dann an, dass es sich wahrscheinlich um Lues handle und gab antiluetische Behandlung. Es war möglich, dass die acuten Erscheinungen, welche zuerst auftraten, durch eine luetische Pleuropneumonie hervorgerufen wurden. Das Mädchen ist Virgo intacta und waren keine luetischen Stigmata vorhanden. Die Mutter hat zweimal abortirt, doch wurde Lues geläugnet. Die Besserung unter antiluetischer Behandlung war sofort auffallend und ist jetzt keine Spur von Hervorwölbung, jedoch eine tiefe Einziehung im Intercostalraum vorhanden. Es glaubt, dass wohl in der Kindheit übersehene Symptome von congenitaler Lues vorhanden waren.

Auf Antrag von Dr. Balser wird beschlossen, die nächste Sitzung vom 25. December ausfallen zu lassen.

Schluss und Vertagung.

Louis Heitzmann, Schriftführer.

110 West 34. Strasse.—Sitzung vom 22. Januar 1897.

Vorsitzender: Dr. Willy Meyer.

VORSTELLUNG VON PATIENTEN.

1) Dr. A. Gerster stellt eine 32-jährige Frau vor, deren Krankheit eine Klasse von Erkrankungen der Gallengänge illustrirt, die nicht mit Icterus verbunden sind. Die Patientin hatte schon zweimal vor der Aufnahme in das Spital schwere Erkrankungen, Schmerzen im rechten Hypochondrium und Schüttelfrost und war die Diagnose auf Appendicitis gemacht worden. Sie wurde am 23. October 1896 in das Mount Sinai Hospital aufgenommen, zwei Tage vorher hatte sie wieder einen Anfall von heftigen Schmerzen im rechten Hypochondrium, Erbrechen und Schüttelfrost, aber keinen Icterus. Die regio iliaca war frei, keine Schmerzhaftigkeit, die Leberdämpfung stark nach unten verbreitet und ein birnförmiger Tumor, der schmerzhaft war, konnte am Leberrand gefühlt werden, so dass ein Empyem der

Gallenblase diagnosticirt wurde. Bei der Operation fand sich eine sehr erweiterte und an den Wänden stark verdickte Gallenblase und eine grosse Anzahl von Adhäsionen. Es wurde im Ductus cysticus nach einem Hinderniss gesucht, doch keines gefunden. Die Gallenblase wurde punctirt und ergab die Punction Eiter und wurden dann 384 Steine von verschiedener Grösse entleert; ein Stein war rund, die anderen facettirt und die Grösse ungefähr die einer Muscatnuss. Später wurde ein zweiter Eingriff gemacht, ein querer Schnitt, der die Gegend der Fistel gut bloslegte. Man fand an der Stelle der Bifurcation eine harte Masse, die sich als Stein anfühlte und unterhalb derselben eine zweite Masse, die nicht das Gefühl eines Steines gab. Der erste Körper war ein Gallenstein, der zweite eine stark vergrösserte Lymphdrüse und hegte man den Verdacht, dass es sich um ein Neoplasma handeln könne, doch konnte der Pathologe nichts finden. Die Patientin erholte sich rasch und beobachtete man am dritten Tage die Entleerung grosser Mengen von Galle, die jedoch bald wieder aufhörte. Er erwähnt noch, dass bei der ersten Operation die Sonde 7½ Zoll eindrang.

Dr. Willy Meyer erklärt diesen Fall als von vielen Punkten aus sehr interessant. Er erzählt einen derartigen Fall, den er vor zwei Jahren hatte. Man sollte in allen solchen Fällen erst versuchen, sich den schwereren Eingriff der Cystocolotomie zu ersparen.

2) Dr. A. Gerster zeigt ferner einen 57-jährigen Mann, der in der Jugend einen ausgedehnten Entzündungsprocess, entsprechend der Wurzel des Penis erlitten. Als Folge davon entwickelte sich folgendes: Die Urethra (pars pendula), repräsentirte sich als ein blinder Sack, einen halben Zoll davon entfernt war eine Oeffnung, durch welche man in die Blase gelangte und durch welche Patient 20 Jahre lang seinen Harn entleerte. In Folge der Nässung entstanden Eczeme und dann Stricturen in Folge Einziehung des Bindegewebes und eine grosse Anzahl von phlegmonösen Entzündungsprocessen bis an das Perineum. Patient wurde vor einem Jahr wegen ausgedehnter Phlegmone des Scrotums und Perineums in das Spital aufgenommen und ein Schnitt gemacht, durch welchen sich viel Eiter entleerte. Im Herbst dilatirte er erst das Orificium und versuchte dann eine Restitutio ad integrum. Es wurde viel Narbengewebe entfernt. Eine Reaction trat nicht ein und heilte die Wunde sehr schön; vierzehn Tage nach der Operation micturirte Patient per urethram und urinirt jetzt in normaler Weise, doch ist noch Tendenz zur Retraction der Narbengewebe vorhanden.

Dr. Willy Meyer möchte diese Methode die ideale Methode der Wiederherstellung der Urethra nennen.

3) Dr. Wm. Hirsch stellt einen 14-jährigen Jungen vor, welcher sich bis zu seinem 6ten Jahre nicht nur normal entwickelte, sondern sogar ein „Wunderkind" war. Später trat Zerstreutheit und Theilnahmslosigkeit ein. Der psychische Rückgang steigerte sich immer mehr und mehr, so dass er in der Schule zurückblieb und vor kurzem ganz aus der Schule genommen werden musste. Bei der Untersuchung fällt sofort eine sehr erhebliche Pupillendifferenz auf: die linke Pupille ist weiter als die rechte, reflectorische Pupillenstarre und Starre auf

Accommodation ist vorhanden. Der Junge zeigt einen stupiden Gesichtsausdruck und hängen die Augenlider etwas herunter. Die Zunge weicht nach rechts ab. Bei Emotionen ist schwächere Innervation der linken als der rechten Gesichtshälfte vorhanden. Ausserdem geht der Patient sehr schlecht und ist besonders bei Treppensteigen unbeholfen, wie man es bei Grosshirnrindenerkrankungen gewöhnlich sieht. Die Patellarreflexe sind schwach, bei der Sprache fällt eine Verstellung der Buchstaben und Stolpern auf. Dieser Symptomencomplex würde bei älteren Personen sofort auf Dementia paralytica deuten und ist ja auch bei Kindern beschrieben, doch sind diese Fälle nicht einwandsfrei. Am naheliegendsten wäre noch Lues cerebri, doch ist Lues in der Familie nicht nachweisbar. Er möchte deshalb in diesem Falle die Diagnose auf eine organische Gehirnerkrankung stellen, deren Symptome mit Dementia paralytica identisch sind.

Dr. J. Guttmann sagt, dass die Prognose hier von grosser Bedeutung sei. Dr. Hirsch hat vieles über die locale Untersuchung nicht erwähnt und glaubt er, dass dieselbe hätte genauer sein sollen. Die Reaction auf Licht ist vermindert, aber nicht ganz aufgehoben. Es wäre die Möglichkeit vorhanden, dass Atropin benutzt wurde. Es ist gewiss Obturation der Nase vorhanden und wahrscheinlich, dass Adenoide anwesend seien. — Dr. A. Jacobi: Die Symptome deuten auf eine einseitige Cortexaffection. Bei Wunderkindern ist das Resultat häufig eine Irritabilität des Gehirnes und hat er solche Kinder in Folge von Ueberarbeitung an Meningitis mit einseitiger oder beiderseitiger Affection zu Grunde gehen sehen. Dies ist zwar kein Fall von überarbeiteten, aber gewiss von übermässig begabten Kindern. Das Gehirn wird durch zu raschen Blutlauf irritirt. Er ist geneigt, anzunehmen, dass es sich um einen entzündlichen Process handle. — Dr. Hirsch sagt in seinem Schlusswort, dass der Junge sehr genau untersucht wurde; er hat seit Monaten denselben Augenbefund. Es handelt sich um reflectorische Pupillen- und Accommodationslähmung. Dementia paralytica ist noch immer ein rein klinischer Begriff und ist klinisch scharf begrenzt. Patient hat alle Symptome dieser Erkrankung, die ganz typisch paralytische psychische Störung. Bei dieser Erkrankung handelt es sich ganz sicher um einen entzündlichen Process.

4) Dr. S. Lustgarten stellt einen Mann von 21 Jahren vor, welcher vor 21 Monaten Syphilis acquirirte. Vor mehreren Monaten bemerkte seine Umgebung, dass er langsam, schläfrig und vergesslich wurde und besonders, dass er in den letzten 2 bis 3 Monaten viel stärker wurde. Die Erscheinungen weisen auf dorsale Myelitis hin und vielleicht auf intracranielle Processe. Auf verschiedenen Hautgegenden springen wellenförmige Protuberanzen von beträchtlicher Dicke in die Augen, wie man sie in den ersten Stadien der Sclerodermie oder bei Myxödem beobachtet. Die Vermuthungsdiagnose liegt nahe, dass es sich um einen Thyreoideaprocess handelt; derartige Processe sind bei Syphilis recht selten. Es kann Sclerodermia diffusa als auch Myxödem sein, doch entspricht der Process mehr dem der Sclerodermie, da das Gesicht frei geblieben ist. Patient wird energisch antiluetisch behandelt und soll später, wenn die Behandlung nichts nützt, Thyreoideaextract bekommen.

Dr. A. Jacobi glaubt, dass es sich eher um ein locales Myxödem handelt.

5) Dr. S. Lustgarten zeigt alsdann eine 45-jährige Frau im Anfangsstadium der Lepra maculo-tuberosa, mit einzelnen Nervenaffectionen. Die Krankheit fing vor 2 Jahren an und ist jetzt die Haut des Gesichtes, der Finger und der Hände, sowie auch der Unterschenkel und Füsse verdickt, die Ohrläppchen vergrössert. Am Stamm sind confluirende, bronzeartige Pigmentveränderungen vorhanden. Die Augenbrauen sind spärlich, die Kopfhaare jedoch noch nicht ausgefallen. Man könnte noch an Myxödem denken, doch spricht dagegen die rothe Farbe sowie die vollkommen erhaltene Intelligenz. Anästhesie und Analägesie kann man an verschiedenen Stellen constatiren. Es wurden reichliche Mengen Bacillen gefunden. Die Behandlung besteht in Sublimateinspritzungen und hat Patient bis jetzt 12, von ana 0,01 bekommen; eine vorübergehende Besserung konnte konnte wohl constatirt werden.

Dr. Pullitzer sagt, dass der Fall ein klarer sei, obwohl noch nicht sehr ausgesprochen. Die Thatsache, dass Bacillen im aus einem Fleck stammenden Blute gefunden wurden, ist interessant. Er hat im Jahre 1890 Bacillen in Flecken nachgewiesen und findet man dieselben universell.

6) Dr. S. Pollitzer stellt einen Mann mit Lupus erythematosus von ungewöhnlicher Ausdehnung vor. Derselbe wurde zuerst wegen einer gewöhnlichen Rosacea behandelt und wurde besser; später entwickelte sich dann der Lupus erythematosus, welcher jetzt die beiden Backen, die Nase und das linke Ohr vollkommen bedeckt, auch am rechten Ohr und am Schädel sind Flecken zu sehen. Der rasche Verlauf der Krankheit ist hier interessant. Die Aetiologie bei diesen Fällen ist noch unbestimmt und ist Tuberculose als Ursache ausgeschlossen; doch trotzdem leiden eine grosse Anzahl Patienten an Tuberculose und sieht man nie Leute in hohem Alter mit diesem Process. Er glaubt, dass in vielen Fällen eine milde Behandlung genügt, während in anderen Scarificationen die besten Resultate geben.

Dr. Louis Heitzmann erzählt zwei Fälle, in welchen Acne dem Lupus erythematosus voranging, in dem einen eine einfache Acne disseminata bei einem jungen Mädchen, während deren Verlauf sich Lupus erythematosus bildete, in dem anderen eine Acne rosacea. Ob dies Zufälle waren oder schon die ersten Anfänge des erythematösen Lupus, möchte er dahingestellt sein lassen. Er hat die besten Erfolge von einer Auskratzung mit dem scharfen Löffel und Nachbehandlung mit scharfen Salicylsalben und Pflastern, bis zu 20 oder sogar 30 Prozent gesehen. Dr. Koller erwähnt, dass er vor kurzem über ausgezeichnete Erfolge mittelst Thiersch'scher Transplantationen las.

7) Dr. A. Schapringer stellt einen 25-jährigen Mann mit Polycorie und Iriscolobom vor. Wird später in extenso in dieser Monatsschrift erscheinen.

Schluss und Vertagung.

Louis Heitzmann, Schriftführer.

Therapeutische und klinische Notizen.

In Virchow's Archiv, Bd. 145, berichtet J. Otto über 111 Sectionsprotokolle, in denen die verschiedensten Klappenfehler verzeichnet waren und über fernere 318 Fälle, in denen Lungentuberkulose gefunden wurde. Er fand bei diesen Untersuchungen die allerdings nicht ohne einzelne Ausnahmen dastehende Erfahrung bestätigt, dass Lungenschwindsucht kaum sich je entwickelt, wo ein vollständig ausgebildeter Herzklappenfehler des linken Herzens zu compensatorischer Hypertrophie des Herzmuskels geführt hat und Herzinsufficienz noch nicht eingetreten ist. In den Fällen, wo Herzklappenfehler zu bestehender Tuberkulose hinzutreten, scheinen sie einen direct den tuberkulösen Process hemmende Wirkung auszuüben. Ungünstig beeinflussen hingegen die Klappenfehler des rechten Herzens tuberkulöse Disponirte.

— W. Mironowitsch machte in der Klinik von Prof. Stukowenkow Versuche über die Ausscheidung des Quecksilbers durch den Schweiss. Er fand, dass dieselbe eine weit grössere ist, als bisher angenommen wurde. Bei Patienten, die kürzere Zeit vorher eine Hgkur durchgemacht hatten, fand sich sogar mehr Hg im Schweiss als im Harn. Aber auch nach Injectionscuren war der Hg-Gehalt im Schweiss nicht geringer als im Urin. Diese Untersuchungen, welche im Medicinsko Oborsrenje 1896, No. 12, veröffentlicht sind, weisen auf die Bedeutung vermehrter Schweissabsonderung hin in Fällen, wo der Organismus von eingeführtem Hg befreit werden soll.

— Dr. Göbel in Auerbach berichtet in der D. Med. Woch., 1897, No. 17, über einen Fall, in welchem er mittelst der Röntgenstrahlen die Diagnose Osteomalacie stellen konnte. G. schlug die Durchleuchtung vor, um die beiden früheren Bruchstellen einer Oberarmfractur bezüglich der Callusbildung zu untersuchen. Zu seiner Ueberraschung konnte ein Knochenschatten überhaupt nicht entdeckt werden. Es konnte dies nur dadurch bedingt sein, dass der kranke Humerus seiner Kalksalze gänzlich beraubt war und nur noch aus diaphaner Substanz bestand. Zum Vergleich durchleuchtete G. den Vorderarm derselben Pat., und hier zeigte sich Folgendes: Die Knochen gaben zwar deutliche Contouren, aber sehr lichten Schatten im Vergleich zu gesunden Knochen. Ausserdem war die Mitte des Knochens, d. i. die Achse, ganz hell. G. erklärt diese Phänomen so, dass der kalksalzarme Knochen so wenig Schatten gibt, dass er, als Lamelle gedacht, diaphan wäre wie der Humerus; als Röhre nun projicirt, muss die Mitte, d. i. die Achse, dünner erscheinen als die Knochenpartien; so kommt es, dass die Contouren eben noch als Schatten sich präsentiren, während die Achse eine helle Zone darstellt. Was den praktischen Werth dieses Befundes betrifft, so würde G. bei seiner Pat., wenn sie wieder über rheumatoide Schmerzen klagen sollte, eventuell wiederholt durchleuchten, ohne eine Fractur abzuwarten, und findet es sich, dass jeder Schatten an der Schmerzstelle schwindet oder merklich herabgesetzt ist, dann dürfte die Indication gegeben

sein, einen prophylaktischen Verband anzulegen. Ferner dürfte die Röntgen-Durchleuchtung einen werthvollen objectiven Aufschluss geben bei Individuen mit osteomalacieverdächtigen Symptomen. Der Befund ist so charakteristisch und, soweit G. Vergleiche mit Rachitis angestellt hat, mit dieser Krankheit nicht zu verwechseln, dass in jedem Zweifelsfalle eine Durchleuchtung nur zu empfehlen ist.

— Nach Dr. N. V. Georgiewsky, einem russischen Militärarzte, bildet das Natrium bicarbonicum in der Wundbehandlung ein schätzenswerthes Hilfsmittel. Er konnte sich nämlich überzeugen, dass die Application von Compressen, welche mit einer 2-prozentigen (chemisch reinen) Natrium bicarbonicum-Lösung durchtränkt und mit wasserdichtem Stoffe bedeckt sind, die eiterige Secretion zum Stillstand bringt und die phlegmonöse Entzündung hemmt, und zwar viel rascher, als irgend eines der bekannten antiseptischen Agentien wie Carbolsäure, Jodoform etc. G. kam auf diese Thatsache durch einen Zufall, als er bei einem Panaritium des Zeigefingers mit nachfolgender Phlegmone der Hohlhand in diese eine Contraincision machen wollte und zu diesem Zwecke auf die Idee kam, vorher die verdickten Epidermislagen derselben durch Umschläge mit Natrium bicarbonicum-Lösung zu erweichen. Schon am nächsten Tage war der locale Befund zu G.'s grösstem Erstaunen total verändert. Die Schmerzen, Röthung und Schwellung waren völlig geschwunden; weder auf dem Verbande, noch in der Wunde fand sich ein Tropfen Eiter und auch bei Druck auf den Finger und die Fascia palmaris konnte eine eiterige Secretion nicht entdeckt werden. Die Ausheilung erfolgte demgemäss mit ganz ausserordentlicher Raschheit. Seitdem hatte G. Gelegenheit, dieses Verfahren in einer ganzen Reihe von Fällen, Panaritien und anderen phlegmonösen Entzündungen, sowohl circumscripten als diffusen, anzuwenden. Er ging dabei so vor, dass er zunächst eine Incision in den Eiterrand machte, den Eiter ausdrückte und sodann auf die Wunde und die entzündete Umgebung die mit der Natrium bicarbonicum-Lösung imbibirten Compressen applicirte. In allen Fällen liess sich ein rasches Nachlassen der Schmerzen und der Eiterung und eine baldige Heilung constatiren, so dass die Anwendung von Drains, für die Kranken so peinlich, niemals nothwendig wurde. G. konnte sich auch durch directe Versuche von der Ueberlegenheit des Natrium bicarbonicum gegenüber allen anderen gewöhnlich gebrauchten Wundheilmitteln überzeugen: Jedesmal, wenn das Natrium bicarbonicum durch einen Jodoformverband ersetzt wurde, stellte sich sofort wieder Suppuration ein, um alsbald mit dem Gebrauche des Natrium bicarbonicum wieder zu weichen. Wien. med. Presse.

— Dr. B. Majewsky in Przemysl empfiehlt die 25-prozentige Hydrargyrum oxydatum flavum-Salbe zur Wundbehandlung, mit welcher er in der militärärztlichen Praxis der letzten Jahre gute Erfolge erzielt hat („Centralbl. f. Chir.", 1897, No. 14). Er verschreibt:

Rp. Hydrargyri oxyd. flav. 25.0
Vaselin 100.0
D. S. Salbe.

Diese Salbe verwendet M. bei allen Rissquetsch-, Schuss- und Bisswunden, die von anfang an als inficirt angenommen wurden, ferner

bei Panaritien, Geschwüren und Phlegmonen. Die Salbe wird auf sterilisirte Gaze dünn aufgetragen und die Wunde mit derselben in einer einfachen Lage derartig bedeckt, dass auf die gesunde Haut nichts zu liegen kommt und die Salbe die Wundränder nicht überragt. Das Verfahren dürfte sich nach Ansicht M.'s besonders für die Kriegschirurgie eignen.

— Ueber das Tannigen, über dessen Wirkung bei Affectionen des Darmtractus schon von einer ganzen Reihe von Autoren günstige Berichte vorliegen, hat neulich wiederum Dr. Ed. Kraus in Wien Versuche bei Kindern angestellt, welche er in der „Allgem. Wiener medic. Zeitung" veröffentlicht. Er schreibt darüber: Die Anwendung des Tannins ist wegen dessen secretionshemmenden und styptischen Wirkung in der Behandlung der Darmcatarrhe, namentlich wenn sie chronischer Natur sind, bei den Aerzten seit lange in Uebung; allein das Tannin hat unerwünschte Nebenwirkungen, insbesondere besitzt es die Eigenschaft, sich im Magen zu lösen, die Schleimhaut desselben zu reizen, es behindert bei längerem Gebrauche die Magenfunctionen in erheblicher Weise, wodurch seiner Anwendung eine Grenze gesetzt wird. Auch verhindert der unangenehme Geschmack dieses Mittels häufig dessen Darreichung bei Kindern. Nichtsdestoweniger wollte man auf die entzündungswidrige Wirkung dieses Adstringens nicht verzichten, und man suchte nach einer gerbsaueren Verbindung, die im Magen unlöslich, erst im Darm ihren günstigen Einfluss zur Geltung zu bringen im Stande wäre.

Prof. H. Meyer in Marburg ist es gelungen, eine Diacetylverbindung der Gerbsäure [$C_{14}H_{18}(CH_3CO)_2O_9$] herzustellen, der er den Namen Tannigen beilegte; dieses Präparat wird durch den sauren Mageninhalt nicht zersetzt, dagegen spaltet es sich in Berührung mit den alkalischen Darmsecreten ab, so dass im ganzen Darmtract bis in die untersten Darmabschnitte Tannin st. n. seine Wirkung zu äussern im Stande ist.

Das Tannigen ist ein gelblichgraues, geruch- und geschmackloses, kaum hygroscopisches Pulver, löslich in Alkohol und verdünnten Lösungen von phosphorsaurem Natron, Soda, Borax und Kalk, in kaltem Wasser löst es sich unmerklich; auch in Milch die bekanntlich phosphor- und kohlensaure Salze in reichlicher Menge enthält, geht ein Theil des Pulvers in Lösung über. Die Lösung besitzt eine schwach gelbliche Farbe, einen leicht zusammenziehenden Geschmack, der jedoch beim Zusatz von Milch kaum wahrzunehmen ist. Bei allen Kindern (Verf. berichtet über 22 Fälle) hat sich Tannigen als ein zuverlässiges Mittel erwiesen; es hat zum Theil das Leiden rascher als andere Medicamente gebessert und geheilt, zum Theil in solchen Fällen eine sichere Wirkung entfaltet, bei denen viele andere Mittel fruchtlos zur Anwendung gelangt waren. Es hat die Magenfunctionen in keinem Falle beeinträchtigt, selbst bei längerem Gebrauche äussert es keine unangenehme oder nachtheilige Nebenwirkung. Schon am 2.—3. Tage zeigte sich häufig auffällige Besserung, die sich in vortheilhaft veränderter Qualität und verminderter Zahl der Stühle offenbarte. Das Tannigen hat in der Kinderpraxis den Vortheil der Geschmacklosigkeit, was bei grösseren Kindern mit raffinirter Geschmacksem-

pfindung von Belang ist. Selbstverständlich ist für Sicherung des Erfolges auch bei Darreichung dieses Mittels eine genaue Regulirung der Diät erforderlich. Immerhin konnte man sich überzeugen, dass wo dies, wie bei poliklinischem Material, nicht immer in gewünschter Weise durchzuführen war, trotzdem die Wirkung nicht ausblieb, wenn auch die Genesung länger auf sich warten liess. Was die Dosis betrifft, so schwankte dieselbe zwischen 0.1—0.3 4—5mal im Tage. Es empfiehlt sich mit dem Gebrauche dieses Mittels auch nach Schwinden der Krankheitssymptome noch in verminderter Dosis einige Tage fortzufahren, um Recidiven vorzubeugen.

A. Schneider (Pharmac. Central-Halle) schlägt folgende Formel vor:

Rp. Tannigeni .....0.1—0.5
Terrae siliceae 0.05
Dent. tales doses Nr. X.
S. In Milch, Wasser oder Wein zu geben.

Kleine Mittheilungen.

— Dr. Otto G. T. Kiliani, der frühere Redacteur dieser Zeitschrift, wurde zum Chirurgen am Deutschen Hospital gewählt.

— Dr. A. Jacobi wurde zum correspondirenden Mitglied der Budapester königlichen Gesellschaft der Aerzte ernannt.

— Die wissenschaftlichen Zusammenkünfte der Aerzte des deutschen Dispensary fanden ihren diesjährigen Abschluss mit einer Versammlung in Muschenheims Arena am 20. April. Die Vortragenden des Abends waren die Herren Dr. Max Einhorn über: Ein weiterer Beitrag zur Kenntniss der Ischochymie (Gastrectasie) und Dr. Richard Stein: Ueber Malaria mit specieller Berücksichtigung der Blutuntersuchung.

— An der Sitzung der laryngologischen Section der Academy vom 28. April 1897 sprach Dr. Jos. W. Gleitsmann über den Einfluss der adenoiden Vegetationen auf das Wachsthum und die Bildung der Maxilla superior und des Septum.

— Auf dem amerikanischen Aerztecongress, welcher am 4., 5. und 6. Mai in Washington, D. C., abgehalten wurde, waren die deutschen Aerzte New Yorks durch die folgenden Namen vertreten: Dr. H. J. Garrigues: Ueber Spätoperationen; Dr. George M. Edebohls: Ueber excessive Beweglichkeit des Uterus; Dr. Hermann G. Klotz: Ueber die starken Lösungen der Ichthyolgruppe bei acuten und chronischen entzündlichen Zuständen der Haut; Dr. S. Pollitzer: Bemerkungen über Xanthomata; Dr. J. W. Gleitsmann: Bemerkungen über die Behandlung der chronischen Affectionen der Rachentonsillen mit Demonstration von Instrumenten; Dr. S. A. Knopf: Das seltene Vorkommen der Pneumonie an der atlantischen Küste von Florida; Dr. A. Jacobi: Ein Fall von Adenom der Leber mit Complicationen; Dr. S. J. Meltzer: Weitere Beiträge zur Physiologie des Schluckaktes.

— Für den Congress in Moscau hat Dr. J. W. Gleitsmann mit Dr. Rault in Paris das Coreferat über die Fortschritte in der Be-

handlung der Larynxtuberkulose seit dem letzten Congress in Rom übernommen. Dr. J. M. Bleyer wird über Röntgenstrahlen, und Dr. Th. R. French, Brooklyn, über Larynxphotographie referiren.

— Die Redaction der physiologischen Abtheilung des „Archivs für Anatomie und Physiologie", die Emil du Bois-Reymond seit Johannes Müller's Tode inne hatte, ist auf die Berliner physiologische Gesellschaft übergegangen. Die Redactionsgeschäfte führt Prof. Dr. Hans Thierfelder.

— Dr. Unna's dermatologische Preisaufgabe für das Jahr 1897 lautet: Es soll untersucht werden, ob und inwieweit alle bisher angegebenen specifischen Färbungen des Elastins auch Elacin zu färben vermögen. Die Bewerbung ist unbeschränkt. Die Arbeit ist bis Anfang December 1897 bei der Verlagsbuchhandlung Leopold Voss in Hamburg, Hohe Bleichen 34, einzureichen. Der Preis beträgt 300 Mk. Genaue Bedingungen und Mittheilungen über die Preisaufgabe 1897 sind von obengenannter Verlagsbuchhandlung zu beziehen.

— Zuw Zwecke der Errichtung eines Denkmals für Johannes Müller in seiner Geburtsstadt Coblenz hat sich ein Comite gebildet, welches zur Leistung von Beiträgen auffordert. Das Denkmal soll gelegentlich der Feier dese hundertjährigen Geburtstages Müller's (14. Juli 1901) enthüllt werden. Bei der grundlegenden und unvergänglichen Bedeutung Johannes Müller's für die glänzende Entwickelung der Naturwissenschaften, speciell der Physiologie und vergleichenden Anatomie, in diesem Jahrhundert, bedarf es wohl nur dieses Appells, um nicht nur die noch lebenden Schüler Müller's sondern auch die jüngere Generation der Aerzte und Biologen zu Zeichnungen für das Denkmal zu veranlassen. (Geldbeiträge nimmt das Bankhaus Leopold Seligmann in Coblenz in Empfang.)

— Eine der wichtigen Neuerungen der bevorstehenden preussischen Medicinalreform wird sein, dass der Kreisarzt — der Titel „Physikus" kommt in Wegfall — vollbesoldeter Staatsbeamter wird, der nicht, wie bisher, auf die Praxis angewiesen ist; ferner, dass die kreisärztliche von der gerichtsärztlichen Thätigkeit getrennt wird. Der Kreisarzt wird sich also in Zukunft ausschliesslich den sanitären Aufgaben des Kreises widmen können. Den Organen der Selbstverwaltung werden Gesundheitsräthe als berathende und begutachtende Körperschaften an die Seite gestellt; so sollen Gemeinden von 10,000 und mehr Einwohnern, Ortsgesundheitsräthe, dem Landrathe ein „Kreisgesundheitsrath" und endlich dem Regierungspräsidenten ein „Bezirksgesundheitsrath" beigegeben werden. In den Provinzen sollen Untersuchungsstationen für bacteriologische und hygienische Zwecke eingerichtet werden.

— Ein trauriges Zeichen der Zeit. Zu welchen moralischen Verirrungen die leidige Noth um's Dasein den Menschen verleiten kann, davon liefert einen für unseren Stand so beschämenden, drastischen Beweis folgende Anzeige der „Schildauer Zeitung": „Einem hiesigen Einwohner ist es wiederum gelungen, einen jungen Arzt zur Niederlassung in Schildau und zum Einzuge in dessen leerstehende Wohnung zu bewegen. Obgleich ich weiss, dass die Wirksamkeit auch dieses Arztes hier im Orte nicht von langer Dauer sein wird, will ich dieses

Mal der Sache nicht ruhig zuschauen und gebe folgende Erklärung ab: 1. Allen denen, welche die Hülfe des jetzt zugezogenen Arztes in Anspruch nehmen, werde ich nie wieder ärztlichen Beistand leisten. 2. In den neuen Rechnungen, vom 15. October d. J. ab bis auf weiteres, werde ich Jedem in Schildau und Umgegend, der es wünscht, die Hälfte des darin angesetzten Betrages erlassen. Weiteren Nachlass bis zur Behandlung ganz umsonst behalte ich mir vor. Dr. med. Kröner." Allgem. Wiener med. Zeitung Jan. 1897.

— In der letzten Landtagssitzung in Weimar interpellirte Abg. Schönemann die Staatsregierung über die Frage der Prüfung der Candidaten der Medizin in der Ohrenheilkunde. Er führte aus: man müsse sich wundern, dass bis jetzt Ohrenkranke von einem Civilarzt behandelt werden dürfen, ohne dass er eine Prüfung in der Ohrenheilkunde abgelegt oder eine Ohrenklinik besucht habe. Notorisch aber leiden 75 Prozent der Säuglinge an inneren Ohrenentzündungen und 25 Prozent der Schulkinder hören nicht normal. Im Deutschen Reiche bestehen 86 Taubstummen-Anstalten mit 38,000 Zöglingen. Noch abschreckender ist die Thatsache, dass diese Unglücklichen meist an einem erworbenen Uebel leiden, dem bei richtiger Behandlung hätte vorgebeugt werden können. Die Militärärzte müssen längst eine Prüfung in der Ohrenheilkunde bestehen. Soll das Civil weniger geschützt werden als das Militär? Es frage sich, ob die Vorschläge der Reichsregierung genügten, die nur allgemeine Kenntnisse verlangen, die in einem Examen von einem Chirurgen nachzuweisen seien. Er beantrage: die Candidaten der Medicin müssen mindestens ein Semester die Ohrenklinik besucht haben, um sich neben der allgemeinen Kenntniss die einschlägigen praktischen Kunstgriffe zu erwerben; die durch einen Ohrenarzt vorzunehmende Prüfung muss sich auf den Ausweis nicht bloss allgemeiner Kenntnisse, sondern einer speciellen Vorbildung erstrecken. — In gleichem Sinne haben bekanntlich unlängst sämmtliche Docenten der Ohrenheilkunde an deutschen Universitäten eine Eingabe an den Reichskanzler gerichtet. Eine Antwort darauf ist bis jetzt noch nicht erfolgt. Medicinische Neuigkeiten.

— Als einen Sieg der freien Arztwahl könnte man die Beendigung eines Conflictes bezeichnen, welcher in Paris zwischen den Aerzten und der Stadtvertretung ausgebrochen war und in den letzten Wochen die dortige medicinische, sowie auch politische Presse ziemlich lebhaft beschäftigt hatte. Seit einigen Jahren war der gesammten Pariser Bevölkerung die ärztliche Hilfe bei Nacht in der Weise gesichert, dass jeder im Besitze des französischen Doctordiploms befindliche und dort ansässige Arzt, welcher sich zum Nachtdienst bei der Polizeipräfectur eintragen liess, innerhalb seines Bezirkes von den Organen der letzteren zu Nachtbesuchen geholt werden konnte; die Entschädigung betrug pro Besuch 10 Fr., bei Entbindungen 20 Fr. Es hatten sich aber bei dieser löblichen Einrichtung Missstände insofern herausgebildet, als einerseits auch sehr vermögende Leute dieselbe reichlich benützten, ohne dass sie die bestimmungsgemäss zu erfolgende Rückzahlung an die Stadtcasse leisteten, andererseits einige Aerzte über auffallend viele Nachtbesuche zu liquidiren hatten; der Pariser Gemeinderath beschloss

daher, zur Verringerung der Kosten, welche im letzten Jahre 145,000 Fr. betragen hatten, für jeden Stadtbezirk nur einige Aerzte mit einem jährlichen Fixum von 600—800 Fr. anzustellen, wodurch eine Ersparniss von 45,000 Fr. erzielt werden konnte. Es fanden sich Anfangs Aerzte genug, welche darauf eingingen, aber schon nach einigen Wochen erklärte ein grosser Theil derselben, auf diese Art Pauschalabfindung verzichten zu müssen, es „regnete Demissionen" von Seite der frisch Angestellten. Der Nachtdienst kam in Unordnung, obwohl die letzteren sich zur vorläufigen Weiterführung des angenommenen Amtes bereit erklärten, und die politische Presse sprach schon von einem Aerztestreik, bis vor Kurzem der Gemeinderath den Beschluss fasste, wieder zu dem früheren System zurückzukehren; der frühere Bezahlungsmodus wird wieder eingeführt, in jedem Bezirk wird abwechselnd immer ein Arzt die „Nachtjour" haben und die Steuerbehörde soll dafür sorgen, dass die Bemittelten das Honorar aus ihrer Tasche zurückbezahlen.—Münch. med. Woch.

— Schleier und Sehschärfe. C. A. Wood (Boston Med. and Surg. Journ., Dec. 1896) macht die Mode des Schleiertragens seitens unserer Damen für eine Reihe von Leiden verantwortlich, Herabsetzung der Sehschärfe, Kopfschmerzen, Schwindel, Ueblichkeiten. Diese Folgezustände sind bedingt durch die Anstrengung, die das Auge machen muss, durch ein Hinderniss durchzusehen. Eine unregelmässige Zeichnung des Schleiers, besonders aber die jetzt so beliebten Muster mit grossen Tupfen, verstärken dieses Hinderniss und sind besonders schädlich. Im Allgemeinen steht die Beeinträchtigung der Sehschärfe im directen Verhältniss zu der Zahl und Grösse der Maschen. Doppelte Fäden des Maschengewebes sind zu verwerfen. Ein einfacher Schleier ohne Zeichen und Tupfen, mit grossen Maschen und einfachen Fäden, ist relativ am unschädlichsten. Schwache Augen sind naturgemäss eher geneigt, die üblen Folgen des Schleiertragens zu verspüren und sollen vor Allem das Lesen durch den Schleier vermeiden. —Münch. med. Wochenschr.

— Am 1. April d. Js. wurde in Dresden von Seiten der Stadt eine bacteriologische Untersuchungsanstalt eröffnet, die dem im pathologischen Institut des Stadtkrankenhauses befindlichen bacteriologischen Laboratorium angegliedert ist. Die Leitung der Anstalt ist dem jeweiligen Professor (z. Z. Dr. Schmorl) übertragen, dem bei Ausführung der Untersuchungen ein ad hoc angestellter Hilfsarzt und die zwei anderen am Institut thätigen, ständigen Hilfsärzte zur Seite stehen. Die Thätigkeit der Anstalt ist nicht auf die Untersuchung diphtherieverdächtigen Materials beschränkt, sondern erstreckt sich auch auf andere, für die Praxis wichtige, bacteriologische Fragen. Untersuchungen auf Diphtheriebacillen werden unentgeltlich vorgenommen; für andere Untersuchungen wird nur bei wohlhabenden Personen eine Bezahlung beansprucht. Die nicht unbeträchtlichen Kosten, welche die Einrichtung und der Betrieb der Anstalt beanspruchen, sind in dankenswerther Weise einstimmig von den städtischen Behörden bewilligt worden.

— Wohnungswechsel: Dr. Max Rosenthal nach 134 Ost 80. Strasse. — Dr. Alfred Michel auf 1. Juni nach 357 West 30. Strasse.

Eingesandte Bücher.

Bibliothek der gesammten medicinischen Wissenschaften für praktische Aerzte und Specialärzte, herausgegeben von Hofrath Prof. Dr. A. Drasche in Wien. 117.—124. Lieferung.

Handbuch der Laryngologie und Rhinologie, herausgegeben von Dr. Paul Heymann. 12. und 13. Lieferung.

Berliner Klinik. Heft 104. Ueber Eparsalgie, von Dr. S. Sterling.

Diagnostik der Krankheiten des Nervensystems, von Prof. Dr. A. Goldscheider. Berlin, Fischer's Medicin. Buchhandlung 1897.

Ueber puerperale Psychosen. Für practische Aerzte, von Dr. Oswald Knauer mit einem Vorwort von Prof. Dr. A. Martin in Berlin. Berlin 1897. Verlag von S. Karger.

Winke zur Diagnose der peripheren und centralen Nervenkrankheiten mit Hülfe der wichtigsten ophthalmologischen Untersuchungsmethoden, von Dr. Charles A. Oliver, Philadelphia, übersetzt von Dr. Julius Wolf, 1897. Wiesbaden. Verlag von J. F. Bergmann.

Die Meningitis serosa acuta. Eine kritische Studie, von Dr. Med. Georg Boenninghaus. Wiesbaden. Verlag von J. F. Bergmann.

Die bösartigen Geschwülste des Kehlkopfes und ihre Radicalbehandlung, dargestellt auf Grund einer von der medicinischen Gesellschaft in Toulouse preisgekrönten Arbeit und einer in den Jahren 1894—1896 unternommenen Sammelforschung, von Dr. Johann Sendziak aus Warschau. Wiesbaden. Verlag von J. F. Bergmann.

Specielle Pathologie und Therapie, herausgegeben von Prof. Dr. Hermann Nothnagel. Wien. Verlag von Alfred Holder.

4. Band. 2. Theil. Der Keuchhusten. Der Bostock'sche Sommercatarrh, von Dr. Georg Sticker, Privatdocent an der Universität Giessen.

5. Band. 3. Theil. Dysenterie, von Dr. Kartulis, Arzt im allgemeinen Regierungshospital in Alexandrien.

13. Band. 3. Theil. Erkrankungen des Mediastinums, von Prof. Dr. Friedrich Albin Hoffmann in Leipzig.

18. Band. 3. Theil. Die Erkrankungen der Nebennieren, von Prof. Dr. Edmund Neusser in Wien.

9. Band. 2. Theil. Die infantile Cerebrallähmung, von Dr. Sig. Freud, Privatdocent an der Universität Wien.

10. Band. 2. Theil. Die Erkrankungen des Rückenmarks und der Medulla oblongata, von Prof. Dr. E. Leyden und Prof. Goldscheider in Berlin.

Geschäftliche Zuschriften, Geldsendungen. Bestellungen, u. s. w., sind zu richten an : Medical Monthly Publishing Co., 17-27 Vandewater Street, New York.

Manuscripte, Wechselblätter und Anfragen bezüglich des Inhaltes sind an den Herausgeber zu richten.

ALFRED MICHEL,
302 W. 32d St.
Nach 1. Juni: 357 W. 30th St.

New Yorker
Medicinische Monatsschrift.

Officielles Organ der
Deutschen Medicinischen Gesellschaft der Stadt New York.
Redigirt von Dr. Alfred Michel.

Bd. IX. New York, 20. Juni 1897. No. 6.

ORIGINALARBEITEN.

Meine Erfahrungen mit Hyperacidität.*)

Von
Dr. Gustav Liebmann, Boston.

Wollte ich sagen, dass die Behandlung der Hyperacidität für mich die Quelle mancher Unzufriedenheit mit dem gegenwärtigen Stande der Wissenschaft einerseits und mit mir selbst anderseits gewesen sei, so würde das die thatsächlichen Verhältnisse nur unzureichend ausdrücken. Die Aussicht, im Stande zu sein, diese so häufige Secretionsstörung zu mildern oder gar gänzlich zu heben, sollte sicher für den Arzt eine höchst anziehende sein, steht er doch einer sicher definirbaren, abnormen Sachlage gegenüber, welche zu bessern oder hinwegzuräumen, natürliche Gegenmittel sich ganz von selbst ergeben. Hier eine abnorme grosse Quantität Säure und hier eine genügend grosse Quantität Alkali. Was in aller Welt könnte doch einfacher sein als diese chemische Formel?

Aber wie so oft Theorie und Praxis sich nicht decken, so waren auch in diesem Falle meine Erfolge, wenn ich mein medicinisches Handeln dem angeführten Raisonnement anpasste, nur höchst selten zufriedenstellende. Während antineurotische Behandlung in einzelnen Fällen gute Resultate ergab und eine ausschliessliche Proteiddiät ausserordentlich gut ertragen wurde, erwiesen sich andere Fälle, anscheinend nicht verschieden in ihren klinischen oder chemischen Erscheinungen und in derselben Weise behandelt, als höchst widerspenstig und wichen nur Medicamenten und diätetischen Mitteln, welche in der Behandlung des gewöhnlichen chronischen folliculären Magencatarrhs von Nutzen sind.

*) Nach einem für die Suffolk Medical Society in Boston ausgearbeiteten Vortrag.

Doch glücklicher Weise ist Aussicht vorhanden, dass diese Widersprüche zwischen Diagnose und Behandlung verschwinden. Noch nicht so lange her galt die Ansicht als ziemlich sicher, dass Hyperacidität, d. h. die vermehrte Secretion der freien normalen Salzsäure — wenn man ein ulcus in einem gegebenen Falle ausschalten kann — immer das Resultat einer Neurose, einer secretorischen Neurose sei und dass ein entzündlicher (catarrhalischer) Process in solchem Falle gänzlich ausser Frage stände. Im Catarrh — wurde geltend gemacht — sind die Drüsenzellen zerstört, wolkig getrübt und geschrumpft (Ewald) und unter solchen Bedingungen muss die Menge der abgesonderten HCl entweder stark vermindert sein oder gänzlich fehlen. Aber in vielen meiner Fälle von Hyperacidität fehlten die Symptome und Zustände, welche auf eine neurotische Basis hinweisen würden, während diejenigen des Catarrhes anwesend waren. Wie sehr auch die abnorm hohen Mengen von HCl eine Neurose anzeigten, die anderen Symptome waren die einer organischen Erkrankung. Natürlich waren es Fälle dieser Art, welche mit ihren widerstreitenden und irreführenden Symptomen einer correkten Diagnose und Behandlung im Wege standen. Aus dieser Schwierigkeit gab es blos einen Ausweg und das war das Aufgeben des Lehrsatzes, dass Hyperacidität, ulcus ausgenommen, immer neurotischen Ursprungs sei und die Annahme eines sauren Catarrhs. Man findet auch in der That in der deutschländischen Literatur der neuesten Zeit diesen Terminus technicus zum öfteren angewandt. Wie gesagt, war bisher meine chemische Formel und Richtschnur:

Hyperacidität (ulcus ausgenommen) = neurosis

und meine therapeutische Formel:

Hyperacidität = nervina.

Diese Formeln wurden aufgegeben oder wenigstens stark modificirt und die Möglichkeit eines sauren Catarrhs immer im Auge behalten.

Es war um diese Zeit, dass die Forschungen von Boas, Epstein, Hayem, auch Einhorn und speziell die von Paul Cohnheim, und ihre Untersuchungen von Schleimhautstückchen, bei Lavage gewonnen oder während Operationen am Magen ausgeschnitten, Licht auf diese Verhältnisse warfen. Es wurde gefunden, dass neben dem gewöhnlichen chronischen folliculären Catarrh mit seiner Zerstörung der Drüsenzellen thatsächlich eine andere Form existire, eine Gastri-

tis acida oder prolifera, basirt auf anatomischen Veränderungen, verschieden von denen des ersteren. Diese Läsionen bestehen nach Boas und Paul Cohnheim in einer Proliferation (gesteigerten Production) der Belegzellen und einem Schwund der Hauptzellen der Drüsen, während, wie angenommen werden muss, im gewöhnlichen Catarrh Haupt- und Belegzellen zerstört sind.

Die Forschungen Cohnheims zeigen ferner, dass die Funktion der Salzsäureabsonderung (wenn nicht auch der Verdauungsfermente) ausschliesslich den Belegzellen zukommt und dass daher im Falle einer Proliferation dieser Zellen die Menge der abgesonderten HCl krankhaft vermehrt sein muss. Der Schwund der Hauptzellen anderseits würde diese Hypersecretion nicht beeinträchtigen, während schleimige Entartung der Vorhof-(foveal)Schicht die sogenannte gastritis mucipara — gastrite parenchymateuse muqueuse, Hayem — bedinge.

Von diesen Forschungen weittragender Bedeutung lernen wir also, dass es zwei Arten von Catarrh gebe, erstens die ordinäre folliculäre chronische Gastritis mit Abnahme oder gänzlichem Mangel der HCl und zweitens die gastrtis acida mit vermehrter HCl-Absonderung. Ferner können wir daraus entnehmen, dass, im Falle gewichtige Gründe uns zur Annahme der zweiten Form bestimmen, die blosse Anwesenheit oder vielmehr Thatsache der Hyperchlorhydrie nicht unvereinbar ist mit Catarrh.

Während jedoch Hayem sich der Ansicht zuneigt, dass alle Magenkrankheiten auf anatomischen Läsionen beruhen, scheint es mir, dass die Mehrzahl der Autoren noch immer der Ansicht sind, dass functionelle Störungen (Neurosen) oft genug vorkommen und dass speciell Hyperchlorhydrie eine hervorragende Repräsentantin des Typus einer secretorischen Neurose sei. Auch meine eigene Erfahrung stimmt mit dieser Annahme überein.

Es ist nun aber die Zeit gekommen, dass wir die beiden pathologisch, sowie klinisch verschiedenen Verhältnisse von einander trennen, ich meine die neurotische Hyperacidität von der catarrhalischen Form (gastritis acida). Wenn wir dies thun, wird die Diagnose und Behandlung dieser bizarren Secretionsstörung sehr vereinfacht und schon jetzt hat mir die Erkenntniss der einschlägigen Thatsachen einige gute Resultate gebracht.

Hinsichtlich der Prognose der Hyperchlorhydrie — dieser Name ist unstreitig richtiger als der: Hyperacidität, welch letztere am Ende auch die Totalacidität einschliesst— finde ich, wenn ich meine Fälle Revue passiren lasse, dass in den neurotischen Fällen die Behandlung von besseren Resultaten gefolgt war, als in den catarrhalischen, d. h. von unmittelbar günstigeren Resultaten. Ob diese von Dauer waren, bin ich heutigen Tages noch nicht in der Lage, positiv zu behaupten.

Nun kommt aber die hochwichtige Frage, wie unterscheiden wir die beiden Formen von Hyperacidität?

Die Resultate, die man in der Behandlung solcher Fälle gewinnt, hauptsächlich die Erfahrungen gewonnen aus "juvantibus et nocentibus" und die genaue Erwägung all der einschlägigen objektiven und subjektiven Symptome, machten es mir möglich, zu den folgenden Schlüssen zu gelangen, Schlüsse, die ich in den folgenden Paralleltafeln niederzulegen mir erlaube:

Neurotische Hyperacidität.	Catarrhalische Hyperacidität.
Lavage: von geringem oder gar keinem Nutzen.	nützlich.
Pepsin: von keinem Werthe.	hat einigen Werth.
Bismuth: vermindert Brennen.	nutzlos.
Nervina: Asa foetida, Bromide, Massage, Elektrizität, Hydrotherapie in Verbindung mit alkalischer Behandlung, üben günstigen Einfluss aus auf den Verlauf der Krankheit.	negative Resultate.
Stickstoffhaltige Nahrung: gut ertragen.	verursacht Missbehagen, Fleisch mehr als Eier.
Kohlenhydrate: schlecht ertragen.	besser ertragen, besonders schleimig-milchige Nahrung.
Neurotische Form oft Theilerscheinung anderer Neurosen (Hysterie, Neurasthenie).	unabhängig von solchen Neurosen.
Appetit: nicht vermindert, oft vermehrt.	nie vermehrt, aber öfters gestört oder fehlend.
Erbrechen: fehlt.	anwesend zuweilen.
Zunge: rein, feucht, blassroth.	belegt mit dünner, weisser, aber fest anhaftender Schleimschicht; zuweilen trocken und hart.
Schleim im Waschwasser: abwesend.	anwesend, zuweilen in grösserer Menge.
Subjective Symptome: brennendes oder kaltes Gefühl im Magen (Hyperästhesie), etc.	Gefühl von Völle, Druck charakteristisch; keine Symptome von Hyperästhesie.
Aufstossen von geruch- und geschmacklosen Gasen.	Aufstossen von übelriechenden Gasen.

Ich lasse hier die Krankengeschichten dreier einschlägiger Fälle folgen:

Fall I.—Neurotische Hyperacidität mit Hypersecretion (continuirliche Form, aber schnell weichend.) J. E. I., 26 Jahre alt; helle, röthliche Gesichtsfarbe; graziler Knochenbau. Hatte immer einen schwachen Magen. Seit einigen Jahren Brennen in der Magengegend, etwas Regurgitation von Speisen — das Brennen ist beständig, macht keine Pausen und hängt nicht vom Essen oder Trinken ab. Appetit normal, keine nausea, kein Brechen. Lässt man den Patienten ein Glas Wasser trinken, entsteht sofort ein Plätschergeräusch, dessen unterste Grenze den Nabel nicht erreicht.

Februar 18. 1896.

Total Acidität	120
HCl	3.6
Biuretprobe	+
Erythrodextrin	+
Lab	—

Februar 20. Schlauch eingeführt bei leerem Magen; Entweichen von 120 c.c. einer gelblich-grünen Flüssigkeit. Lavage; Speisenüberreste des Abends zuvor eingenommenen Abendbrotes in ziemlich grosser Menge vorhanden; kein mucus im Waschwasser. Zunge rein, blass-roth, kein Aufstossen von Gas. Tägliche Ausspülung Bismuth subnitricum in 5 Gramm Dosen.

Februar 26. Fühlt sich besser; Frühstück bestehend aus 3 rohen Eiern, Weissbrod und Milch verursacht kein Brennen; leichte Regurgitation. Geschmack im Munde rein, Lippen feucht, Zunge rein. Sechs Stunden nach Frühstück Lavage. Magen ziemlich leer; Bismuth fortgesetzt.

März 3. Schmerz und Brennen hat den Patienten verlassen; noch etwas Regurgitation. Bei Einführung des Schlauches in den fastenden Magen Entweichen von noch 20 c.c. Magensaft. Reichliche stickstoffhaltige Nahrung nebst etwas Weissbrod. Indirekte Anwendung von Galvanismus in der Magengegend.

März 10. Fühlt sich wohl; noch etwas motorische Schwäche des Magens, nicht als Atonie anzusprechen bei Mangel von vermehrter Magenausdehnung; HCl 0,22; Magensaftsecretion normal in Quantität.

November 26. Fühlt sich hergestellt.

Dieser Fall ist ein ziemlich treffendes Beispiel von neuro-

tischer Hyperacidität. Das einzige Symptom, das für die Annahme eines Status catarrhalis herangezogen werden möchte, die Regurgitation leichteren Grades, kann erklärt werden durch die partielle Stagnation der Speisen — eine Folge der geringen Motorinsufficienz — sowie auch durch eine eventuelle Insufficienz der Cardia. Dass Lavage in diesem Falle ausnahmsweise von Nutzen war, glaube ich bestimmt annehmen zu dürfen und erkläre ich mir diesen Umstand dadurch, dass die angesammelte Magensaftmenge prompt entfernt wurde.

Fall II.—Catarrhalische Hyperacidität (gastritis acida).

C. S. 52 Jahre alt. In seiner frühesten Kindheit schwächlich; vom 6. Lebensjahre an nie krank bis vor 5 Jahren, als sich Verdauungsbeschwerden einstellten und zwar schlechter Geschmack im Munde, Völle und Druck im Epigastrium, leichte nausea, Verstopfung. Gegenwärtig, Oct. 7. 1895, Verstopfung nicht so quälend; Appetit nicht gerade schlecht, Schlaf gestört, Flatulenz, Aufstossen in geringem Grade, Zunge beständig stark weiss belegt.

October 9. 1895.

Totale Acidität	100
HCl	0,40106

October 11. Lavage; keine Speisereste im Waschwasser; ziemlich viel mucus; Verordnung von ausschliesslicher stickstoffhaltiger Kost. Natron bicarb. in $\frac{1}{2}$ Drachmendosen zweimal täglich.

October 18. Hatte vier sehr schlechte Tage; die letzten 2 Tage mehr comfortabel. Zunge noch dicker belegt. Lavage. Zur Reinigung der Zunge $2\frac{1}{2}$ Gran Dosen von Massa Hydrarg. Abends zu nehmen mit darauffolgendem Sedlizpulver am nächsten Morgen.

October 22. Deutliches Plätschergeräusch bis unter den Nabel reichend, Morgens nach Probefrühstück. Kein Eiweiss oder Zucker im Urin; subjectives Gefühl besser, kein Druck im Epigastrium seit den letzten 4 Tagen.

Totale Acidität	80
Freie HCl	0,2916
Milchsäure	—
Dextrin	+
Biuretprobe	(undeutlich) —+
Zucker	—

Also nur unvollständige Verdauung der Proteide, keine der Amylacea.

November 6. Keine Oppression im Epigastrium, Appetit gut, aber Zunge nach wie vor dick weiss belegt. Besserer Geschmack im Munde. Ausspülung nur einmal die Woche. Gelegentlich Massa Hydrarg.

November 21. Subjective Symptome noch zufriedenstellend; Zunge belegt wie früher.

December 10. Geschmack im Munde etwas unangenehmer, Zunge belegt. Nimmt Amylacea in grösserer Menge wie früher; Karlsbadsalz, welches scheinbar angenehme Wirkung hat, hauptsächlich Druck mildernd.

Weitere Besserung konnte nicht erzielt werden; HCl immer noch bedeutend über der normalen Menge.

Es ist also dieser Fall, obschon etwas gebessert, nicht zufriedenstellend. Auf das Aussehen der Zunge wurde k e i n, auf den üblen Geschmack im Munde nur ein unbedeutender Einfluss ausgeübt. Am besten wurde noch das lästige Druckgefühl im epigastrium beeinflusst. Auch blieb der mucus im Waschwasser nicht aus.

F a l l III.—N e r v ö s e H y p e r a c i d i t ä t. Frl. T., 52 Jahre alt. Hatte öfters Magenschmerzen zur Zeit der Kindheit. Menstruirte zuerst im 13. Jahre; Menstruation unregelmässig in Zeit und Quantität bis zum 18. Jahre. Von da an regelmässig. Verdauungsbeschwerden begannen vor 18 Jahren; Druck im epigastricum, kein Schmerz oder Brennen; Unterleib aufgetrieben; nie Erbrechen; Geschmack im Munde normal; Zunge rein, feucht, von normaler Farbe; Lippen feucht, Appetit Morgens schlecht, besser während des Tages; Schlaf sehr gestört; allgemeine Schwäche; arbeitet (geistig) sehr angestrengt.

Juni 18. 1896.

Totale Acidität	90
Freie HCl	0,33750
Biuretprobe	+
Propepton	+
Pepton	—
Erythrodextrin	+

Juni 19. Lavage. Keine Speisereste.
Juni 20. Lavage. Fühlt sich schlimmer.
Juni 21. Lavage. Fühlt sich schlimmer.
Juni 22. Lavage. Nicht besser.

Da die Ausspülungen mit nervöser Aufregung (Zittern, Schwächegefühl) verknüpft waren, wurde von denselben Abstand genommen. Anordnung kräftiger gemischter Kost; Ruhe verordnet, Landluft.

Juli 15. Fühlt sich bedeutend erleichtert. Schlaf ruhiger, wacht aber immer noch um 3 Uhr Morgens auf und fühlt schmerzhaften Druck im Magen. Magengegend galvanisirt.

Juli 30. Hat keine Medicin seit dem 15. Juli genommen, nur kalte Abwaschungen, reichliche Nahrung, tägliche galvanische Application mit Cathode in epigastrium. Fühlt sich stärker, Appetit sehr gut, Schlaf viel besser und länger, Gewicht nimmt zu.

September 1. In sehr guter Verfassung und heiterer Gemüthsstimmung. HCl = 2,2.

Elektricität noch immer applicirt (von der Patientin selbst); faradischer Strom jetzt; Appetit und Schlaf gut; kann beinahe alle Speisen ertragen; Gewichtszunahme.

In diesem, wie in den meisten Fällen von neurotischer Hyperacidität wirkte Lavage schädlich, selbst Alkalien schafften keine Besserung, während die roborirende und elektrische Behandlung von positivem Nutzen waren.

Ein Fall von partieller Gangraen nach Extirpation eines Aneurysma popliteum dissecans.

Von

Dr. Carl Beck,*)

Professor der Chirurgie an der New York School of Clinical Medicine, Chirurg am St. Mark's Hospital, etc.

W. G., 61 Jahre alt, Weinküfer, früher Bäcker von Profession, gibt an, dass er bis Anfang Januar 1896 stets gesund war und dass er um diese Zeit beim Herauftragen eines schweren Kohleneimers plötzlich einen Schmerz in der rechten Kniekehle verspürte, welcher allmählig an Intensität zunahm und beim Gehen und sonstigen körperlichen Anstrengungen unerträglich wurde. Ein alsbald zugezogener College constatirte das Vorhandensein einer Geschwulst in der Kniekehle und verordnete Einreibungen und eine Gummibinde. Die Schmerzen strahlten schliesslich über den ganzen Unterschenkel aus und

*) Vorgestellt in der Sitzung der Deutschen Medicinischen Gesellschaft der Stadt New York, am 3. Mai 1897.

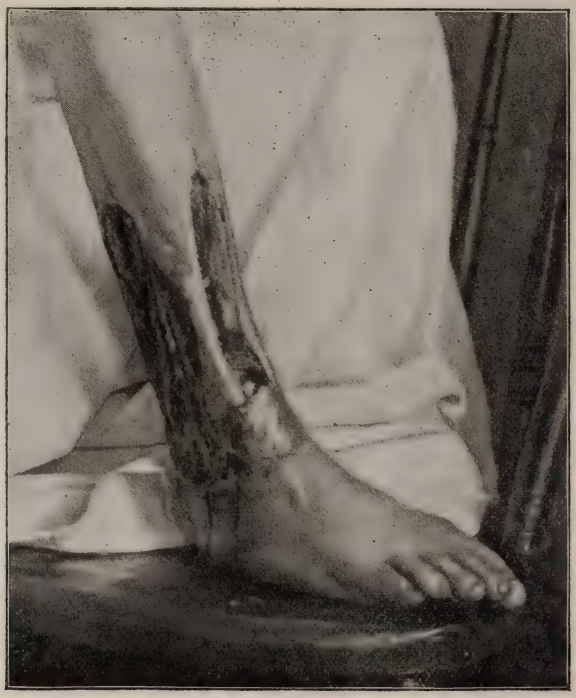
nahmen derart an Heftigkeit zu, dass Patient um Aufnahme in das St. Mark's Hospital nachsuchte.

Status präsens daselbst am 18. Februar 1897:

Patient, von kleiner Statur und leidendem, schlecht genährtem Aussehen, gibt zu, Potator zu sein. Will sein Lebenlang schwer gearbeitet haben. Keine Anhaltpunkte für Lues. Familiengeschichte günstig. Die rechte Kniekehle ist von einem harten, unbeweglichen, apfelgrossen, nicht fluktuirenden Tumor ausgefüllt, welcher nicht sehr ausgeprägte aber immerhin deutlich nachweisbare Pulsation verräth. Beim Auflegen der Hand ist zu bemerken, dass der Tumor synchron mit dem Herzschlag anschwillt. Bei der Auskultation ist ein Reibegeräusch zu vernehmen, welches bei Compression oberhalb der Geschwulst ebenso wie die Pulsation aufhört. Ausser leichter Rigidität der Arterien, beginnender Arteriosklerose, ist nichts Abnormes nachzuweisen. Diagnose: Aneurysma popliteum.

Am 19. Februar wird die Unterbindung und Exstirpation nach A n t y l l u s unter zeitweiliger Constriktion versucht. Die exacte Loslösung wurde sehr erschwert durch ausgedehnte Verwachsung des sackförmigen Aneurysmas mit dem Periost des Femur sowohl als mit der Poplitealvene. Bei den Versuchen, den Sack von der Vene zu isoliren, konnte die wiederholte Verletzung derselben nicht vermieden werden und scheiterten alle Versuche, eine seitliche Ligatur anzubringen oder die Venennaht anzulegen. Ebensowenig konnte ich von dem werthvollen Rath T r e n d e l e n b u r g s, ein Stück Arterienwand zurückzulassen, Gebrauch machen. So blieb mir denn keine andere Wahl als die Vene ebenfalls zu exstipiren. Die Wunde wurde totaliter vernäht.

Die ersten vier Tage nach der Operation trat keinerlei augenscheinliche Reaktion ein. Die Sensibilität war kaum nennenswerth abgeschwächt. Am fünften Tage jedoch zeigte sich zuerst über dem Gebiet der Arteria tibialis antica und am darauffolgenden Tage über dem der Arteria tibialis postica und peronea eine leichte Verfärbung. Die Epidermis hob sich stellenweise blasenförmig ab. Nach weiteren zwei Tagen scharfe Demarkation beider tiefgrau verfärbter Zonen. Unterhalb der Operationswunde, welche mittlerweile per primam geheilt war, ist keine Pulsation zu fühlen. Da sich Fieber und Verschlechterung des Allgemeinbefindens eingestellt hatte, so wurde am 27. Februar zur Entfernung der gangränösen Haut geschritten und zwar zunächst über dem Gebiet der Tibialis



Figur 1.

antica. Da zeigte sich nun die Tibia in der Ausdehnung ihrer Crista sowohl als ihrer äusseren Fläche vom Periost entblösst. Der Musculus tibialis anticus ist völlig anämisch und wird vom ligamentum cruciatum bis hinauf in die Gegend des collum fibulae exstirpirt. Vom Musculus extensor digitorum communis longus wird die Sehne völlig erhalten, dagegen eine blutlose Portion aus seinem Bauch entfernt. (Siehe Figur 1.)

Im Bereich der Arteria peronea findet sich vom Fussgelenk bis über das Mittelstück der Fibula hinaus ebenfalls völlige Entblössung von Periost. Am wenigsten scheint das Gebiet der Arteria tibialis postica betroffen zu sein. Ein Theil des Bauches der Musculi gastrocnemius und soleus und die fleischigen Theile der Musculi peroneus longus und brevis werden total entfernt, da sie ebenfalls gänzlich blutleer erscheinen. (Siehe Figur 1 und 2.) Verband mit feuchter Sublimatgazetamponade. Die Heilung nahm Monate lang in Anspruch. Patient musste sehr lange an Krücken gehen. Es ist jedoch mit Sicherheit anzunehmen, dass die Funktionstüchtigkeit des

Figur 2.

Beines trotz der erheblichen Muskeldefekte nahezu vollkommen sein wird. Oedeme sind nicht mehr vorhanden.

Was uns in diesem seltenen Fall besonders interessiren dürfte, ist zunächst das Stationäre und das sehr genau Demarkirte des gangränösen Processes. In der mir zugänglichen Literatur vermochte ich nur einen Fall (Koehler) aufzufinden, in welchem nach synchroner Resektion von Arterie und Vene Gangrän der unteren Extremität ausgeblieben war.

Von ätiologischem Interesse dürfte ferner die Angabe des Patienten sein, dass das Aneurysma plötzlich entstanden sein soll, also traumatischen Ursprungs wäre. Die dicken und ausgedehnten Verwachsungen deuten jedoch auf ein älteres Datum hin. Auch ist wohl anzunehmen, dass es sich um eine schon länger bestandene, durch schwere Arbeit sowohl wie Excesse in Bacho hervorgerufene Gefässerkrankung handelte mit späterer partieller Loslösung der interna und media. Dafür spräche dann auch das Vorhandensein dieser losgelösten Membranen, die ich hier am Präparat demonstrire. An denselben hatten sich bei der Operation Fibringerinnsel gefunden. An einer Stelle sehen Sie noch eine fest anhängende Membran, welche nach Art einer aufgesprungenen Baumrinde sich aufrollt.

Zu bemerken wäre noch, dass Patient vor einigen Wochen beim Uriniren den Abgang kleiner Steinchen beobachtete.

Die microscopische Untersuchung der völlig losgelösten Membran ergab das Vorhandensein einer einfachen Schichte von Plattenepithel mit spindelförmigen Zellen, unter welchen sich longitudinale Fasern zeigten. Die adhärirende Membran erwies sich als aus elastischen und queren organischen Muskelfasern bestehend, so dass es wohl kaum einem Zweifel unterliegen kann, dass, wollte man dem deutlichen macroscopischen Befund nicht trauen, das erstere Stück der Intima, und das letztere der media angehört, so dass die Aneurysmawand theilweise nur aus adventitia gebildet war. Dieses wäre charakteristisch für die Form, welche wir als Aneurysma dissecans zu bezeichnen gewohnt sind.

Ein Fall von Polycorie und Iriscolobom.*)

Von

Dr. A. Schapringer in New York.

Meine Herren!

An dem 25jährigen Manne, den ich Ihnen vorstelle, sind in beiden Augen eigenthümliche angeborene Bildungsfehler der Regenbogenhaut festzustellen. Rechts sieht man ein nach unten gerichtetes Iriscolobom, welcher Bildungsfehler zu den häufiger beobachteten gehört. Dagegen wird die am linken Auge zu constatirende Polycorie, d. h. Mehrzahl der Pupillen, nur äusserst selten angetroffen. Es sind in diesem Auge nicht weniger als vier Lücken im Irisparenchym ausgespart, durch welche Licht von der Aussenwelt in den Augenhintergrund eindringen und durch welche man demnach auch beim Gebrauch des Augenspiegels ein rothes Aufleuchten des Augenhintergrundes erzielen kann. Von diesen vier Lücken entspricht nur eine der eigentlichen, d. h. mit einem Sphincter umsäumten Pupille, die anderen drei stellen durch Auseinanderweichen der Radiärfasern entstandene und desshalb radiär gestellte, flach-ovale oder schlitzförmige Lücken dar.

Die eigentliche Pupille ist kleiner als normal (Microcorie) und entspricht nicht der Mitte der Regenbogenhaut, sondern ist nasalwärts verschoben (Corectopie). Ihre Gestalt ist nicht

*) Krankenvorstellung in der Wissenschaftlichen Versammlung deutscher Aerzte von New York am 22. Januar 1897.

kreisrund, sondern ähnelt mehr einem stehenden Oval, welches oben und unten in einen spitzen Winkel ausgezogen ist (Dyscorie).

Die drei Nebenpupillen liegen temporalwärts von dem eigentlichen Sehloch und sind von demselben durch ziemlich breite Brücken getrennt. Sie sind von verschiedener Grösse. Die zuoberst liegende ist die grösste. Ihre Höhenlage entspricht dem obern Theil der eigentlichen Pupille und ihre Längsachse liegt beinahe horizontal, nur um wenige Winkelgrade nach oben gedreht, so dass ihr äusseres (temporales) Ende um ein Geringes höher steht, als das innere. Ein äusserst dünner, radiär gestellter, hellbrauner Gewebsfaden spaltet vom äussern (temporalen) Ende dieser Nebenpupille eine sehr kleine, ebenfalls schlitzförmige Abtheilung ab, welch letztere, wenn man will, als besondere Nebenpupille angesehen werden kann. Die zweite Nebenpupille liegt unterhalb der ersten, ist von derselben durch eine breite Brücke getrennt, ihre Längsachse ist horizontal und etwa um die Hälfte kleiner als diejenige der ersten. Die Höhenlage dieser zweiten Nebenpupille entspricht etwa der Mitte der Höhe des eigentlichen Sehlochs.

Die dritte und unterste Nebenpupille ist die kleinste. Sie liegt ebenfalls temporalwärts von der Hauptpupille und es entspricht ihre Höhenlage der Höhe des untersten Theils der Hauptpupille. Ihre Längsachse ist nach aussen und unten gerichtet.

Theilt man das Areal der Regenbogenhaut in einen obern, untern, innern und äussern Quadranten ein, so liegen die Nebenpupillen, welche alle, wie gesagt, schlitzförmig und radiär gestellt sind, sämmtlich so ziemlich genau im äussern Quadranten. Dieser Quadrant zeigt ausserdem noch eine Eigenthümlichkeit. Er ist mit Ausnahme seines peripheren oder ciliaren Theils tief dunkelbraun, so dass er bei gewöhnlichem Tageslicht und oberflächlicher Betrachtung ebenso schwarz erscheint wie die Pupille selbst und man daher den Eindruck einer abnorm grossen und unregelmässig begrenzten Pupille erhält. Die Form dieses tiefbraunen Areals ähnelt der eines geflügelten Insekts, etwa einer Kleidermotte, so dass der Ort der Hauptpupille dem Kopfe des Insektes entsprechen würde. Die Oberfläche dieses Areals scheint etwas tiefer zu liegen als diejenige des übrigen Theils der Iris. Es fehlen demnach hier die vorderen Schichten des Irisparenchyms und es ist blos die

Rechtes Auge.

hinterste Gewebslage, die sogenannte Uvealschicht der Iris zur Ausbildung gelangt. Gegen den normal gebauten Ciliartheil des äussern Irisquadranten setzt die freiliegende dunkle Uvealschicht mit einer unregelmässigen, mit vielen schmalen und tief einspringenden Zacken versehenen Grenzlinie ab. Dagegen sind die Grenzlinien der freiliegenden Uvealschicht gegen den obern und untern Irisquadranten verhältnissmässig einfach und gerade.

Die Pupille des rechten Auges ist durch das nach unten und ein klein wenig nach aussen gerichtete Iriscolobom monströs vergrössert. Längs des temporalen Randes dieser vergrösserten Pupille sieht man einen schmalen Streifen tief dunkelbraunen Gewebes hinziehen. Es ist dies ein Streifen freiliegender Uvealschicht.

In beiden Augen ist die hintere Rindenschicht der Krystalllinse der Sitz kreideweisser Trübungen, die rechts stärker ausgeprägt erscheinen, als im linken Auge. Sie stellen offenbar ebenfalls einen angeborenen und desshalb, wenigstens vorläufig, als stationär zu betrachtenden Zustand dar (Cataracta partialis congenita). Es sei hier hervorgehoben, dass in der Literatur über Polycorie bisher kein Fall beschrieben erscheint, wo diese Irismissbildung mit angeborener Linsentrübung vergesellschaftet gewesen wäre. Wohl

Linkes Auge.

aber sind einzelne Fälle verzeichnet, wo die Hornhaut mit ebenfalls angeborenen Trübungen behaftet war. Im vorgestellten Falle ist die Hornhaut in beiden Augen vollständig klar.

Der Augenhintergrund lässt sich rechts trotz der vorhandenen Linsentrübung ziemlich genau untersuchen und zeigt dabei normale Verhältnisse, insbesondere ist kein Chorioidealcolobom vorhanden. Die Pupillen des linken Auges sind zwar sämmtlich vermittelst des Augenspiegels durchleuchtbar, doch sind Details des Hintergrundes nicht zu unterscheiden.

Die Sehschärfe des Patienten beträgt auf beiden Augen etwa $^{20}/_{70}$; Gläser verbessern nicht. Seine Accommodation ist seinem Alter entsprechend normal. Die Herabsetzung der Sehschärfe ist wohl hauptsächlich auf Rechnung der Linsentrübungen zu stellen. Nach seiner Angabe hätten weder seine Eltern noch seine Geschwister irgend etwas ungewöhnliches an ihren Augen. Patient selbst hat im vierten Lebensjahre die Pocken gehabt, wovon auch noch Narben in seinem Gesichte Zeugniss ablegen, und meint, dass die Mängel seines Sehorgans nicht angeboren, sondern Folgen dieser in früher Kindheit überstandenen Krankheit wären. Diese Ansicht ist aber offenbar eine irrthümliche. Sonstige Bildungsanomalien, wie Ha-

senscharte, Uvula bifida u. dgl. sind bei ihm nicht zu constatiren.

Bisher ist Manz der einzige gewesen, der Gelegenheit hatte, einen mit Polycorie behafteten menschlichen Augapfel anatomisch zu zergliedern. Der Befund ergab (E. Franke. Ueber Polycorie. Zehender's Klinische Monatsbl. f. Augenheilk., Juli 1889.) „ausserordentliche Dünnheit der Chorioidea, besonders in den äussern Schichten, die nicht als Folge irgend welcher entzündlichen Vorgänge, sondern als mangelhafte Anlage dieser Haut zu betrachten war." Da nun aber die Chorioidea der Boden ist, aus dem das vordere Blatt der Iris hervorwächst, so wird man Manz vollkommen darin beistimmen können, „dass sich aus einer derart atropisch angelegten Aderhaut auch nur eine kümmerliche und durchlöcherte Iris bilden kann."

Was das Iriscolobom, diese am häufigsten vorkommende angeborene Missbildung des Auges, welche der vorgestellte Patient auf der rechten Seite zeigt, anbelangt, so ist die nächst liegende Erklärung für ihr Zustandekommen die Annahme eines unvollkommenen Verschlusses der foetalen Augenspalte. Diese Erklärung ist aber nicht gut anwendbar bei jenen Fällen, wo das Colobom nicht nach unten gerichtet ist, oder wo es an ein und demselben Auge verdoppelt erscheint, ferner dort, wo ein Iris- und ein Chorioidealcolobom in ein und demselben Auge vorhanden sind, diese beiden Missbildungen aber nicht als Fortsetzungen von einander erscheinen, sondern in ganz verschiedenen Meridianen liegen. Hier muss man offenbar zu anderen Erklärungsweisen seine Zuflucht nehmen. Eine sehr annehmbare Hypothese ist diejenige, nach welcher der Zusammenhang zwischen Hornhaut und Linse, wie er im Embryonalzustande zu einer gewissen Zeit existirt, bevor die Iris aus dem Ciliarkörper hervorgesprosst ist und eine vordere Kammer noch nicht besteht, ein übermässig fester ist, im Ganzen oder nur an einzelnen Stellen, so dass die Iris bei ihrem Wachsthum auf Hindernisse stösst. Je nach der Ausdehnung dieser angenommenen ungewöhnlich starken Adhärenz zwischen Hornhaut und Linse würde dann die Folge sein entweder gänzlicher Mangel der Iris (Irideremie), Colobom (einfach oder mehrfach) oder Polycorie.

Eine andere Hypothese zur Erklärung des Zustandekommens des Iriscoloboms und anderer Missbildungen im Innern des Augapfels besteht in der Annahme einer intranterinen

Entzündung der Aderhaut, welche Hypothese von Deutschmann herrührt und vielen Beifall gefunden hat.

In der Casuistik der Polycorie wird häufig ausdrücklich hervorgehoben, dass die betreffenden Augen trotz der Mehrzahl der Pupillen nicht doppelt oder mehrfach gesehen hätten. Dies ist aus dioptrischen Gründen eigentlich selbstverständlich, vorausgesetzt, dass der Brechzustand ein normaler ist, denn es handelt sich bei der Polycorie gleichsam nur um einen von der Natur selbst angestellten „Scheiner'schen Versuch." Macht man das mit Polycorie behaftete linke Auge des vorgestellten Patienten stark ametropisch, z. B. durch Vorhalten einer stärkeren Convexlinse, so sieht Patient eine nicht zu nahe Gasflamme dreifach. Eigentlich sollte er sie dann vierfach sehen, doch ist offenbar das durch die kleinste Nebenpupille gelieferte Netzhautbild zu lichtschwach, um wahrgenommen zu werden. Unter gewöhnlichen Umständen sieht er einfach.

Die beigegebenen Abbildungen sind nach Farbenskizzen von Dr. Percy H. Fridenberg angefertigt.

Zur Anwendung des neuen Tuberculins.

Von

Dr. A. Seibert, New York.

Robert Koch's neues Tuberculin (Deutsch. Med. Woch., April 1. 1894) wird im 1,0 ccm. Portionen Flüssigkeit abgegeben, von welchen jede 10 Milligramm von TR., also Tuberculin-Rest in Trockensubstanz, enthält.

Ein Zehntel eines solchen Fläschcheninhaltes, also 0,1 ccm., in 500 ccm. einer 0,6 prozentigen Salzlösung (mit 20 Prozent Glycerinzusatz) vertheilt, ergibt eine Lösung, von welcher 1,0 ccm. die Anfangsdose des Tuberculius, nämlich $^1/_{500}$ Milligramm enthält. Man soll allmählig bis zu 20 Milligramm steigern. Die Schnelligkeit dieses Steigerns hat sich nach dem Befinden des einzelnen Patienten zu richten.

Wie nun kann der practische Arzt der Stammflüssigkeit die genügend kleine Menge entnehmen, um die exacte Dose für jede Einspritzung zu gewinnen? Da diese Cur (nach Koch) nur in den ersten Stadien der Tuberculose Erfolg haben kann, so werden die meisten dieser Einspritzungen im Sprechzimmer des Arztes gemacht werden, welches bedingt, dass 1) die exacte Dosirung rasch geschehen muss, und 2) dass das Quan-

tum Flüssigkeit so klein sein muss, dass dem Patienten kein Unbehagen dadurch entsteht. Die Erfahrung mit dem Behring'schen Heilserum hat gelehrt, dass Mengen von 1—3 ccm. selbst bei Kindern keine Schmerzen bereiten, aber 5—20 ccm. Flüssigkeit unter die Haut gebracht, durch Zerreissen des Unterhautzellgewebes, Stunden lang örtliche Schmerzen und Gehunfähigkeit bereiten. Schnelle Zubereitung und kleine Mengen der einzuspritzenden Tuberculin-Lösungen, sind daher practische Nothwendigkeiten.

Wollte man nun die vorräthigen Lösungen so herstellen, dass nur 1 oder 2 ccm. derselben eingespritzt werden müsste, und dieselben nach obigem Muster zubereiten, so würde sich folgende Tabelle entwickeln:

Tuberculin. Salzlösung.						Trockensubstanz.		
0,1	in 500 ccm.	= 1,0	oder	2,0 ccm.	enthalten	$\frac{1}{500}$	oder $\frac{1}{250}$	Millig.
0,4	" " "	= 1,0	"	2,0 ccm.	"	$\frac{1}{125}$	" $\frac{1}{62\frac{1}{2}}$	"
1,6	" " "	= 1,0	"	2,0 ccm.	"	$\frac{1}{31\frac{1}{4}}$	" $\frac{1}{16}$	"
6,4	" " "	= 1,0	"	2,0 ccm.	"	$\frac{1}{8}$	" $\frac{1}{4}$	"
25,2	" " "	= 1,0	"	2,0 ccm.	"	$\frac{1}{2}$	" $\frac{1}{1}$	"

Das in diesen fünf Lösungen enthaltene Tuberculin würde allein 100 Dollars kosten. Abgesehen davon, wie könnte man beim Ausgiessen von 1,0 oder 2,0 ccm. verhindern, dass zu viel ausgegossen wird, da man selbstverständlich Nichts zurückgiessen darf? Und wie will man verhindern, dass durch das häufige Oeffnen der Flaschen die Lösungen mehr und mehr durch Staubbakterien inficirt werden?

Selbstverständlich müssten die grossen 500 ccm. haltenden Flaschen mit der Salz-Glycerinlösung darin zuerst sterilisirt werden, ehe das Tuberculin, genau abgemessen, steril zugeführt würde. Mit dem besten Willen könnten diese Bedingungen nur von bakteriologisch Geschulten erfüllt werden. Da höchst wahrscheinlich das Tuberculin durch Sterilisiren im Dampfbad gerinnen und so unwirksam würde (da nach Roemer alle Bakterien Eiweissstoffe enthalten), so ist das Abkochen der fertigen Lösungen als unthunlich zu unterbleiben.

Es ergiebt sich aus diesen Ausführungen, dass man concentrirtere Lösungen, in kleinen, handlichen Flaschen herstellen muss, aus welchen man in exacter Weise rasch kleine Mengen, ohne Infectionsgefahr, entnehmen kann.

Diesem Bedürfniss entsprechend möchte ich folgenden Plan, der sich mir gut bewährt hat, hier unterbreiten. Man schafft sich dazu folgende Gegenstände an: 1) zwei Fläsch-

chen der neuen Tuberculinflüssigkeit, jedes 1,0 ccm. enthaltend; 2) ein gläsernes 15 ccm. Maass; 3) vier deutsche Tropfgläschen mit gleichgrossen Glasstöpseln, von 90, 60, 30 und 15 Gramm Gehalt; 4) 120 Gramm 0,6 prozentiger Salzlösung mit 20 Prozent Glyceringehalt; 5) einen kleinen Glastrichter.

Mittelst des Glastrichters und eines Bäuschchens reiner entölter Watte (absorbent cotton) filtrirt man nun 90 Gramm (3 Unzen) der Salz-Glycerinlösung in das grösste Tropfglas, setzt den Stöpsel so, dass Luft entweichen kann, und stellt dasselbe in einen Milchkocher, und daneben legt man die drei kleineren Gläser mit den Stöpseln in's Wasser, und dazu das 15 ccm. Maass und eine lange Kornzange, und lässt 30 Minuten lang kochen. Mit der Kornzange holt man dann die Tropfgläser aus dem Wasser, lässt sie auslaufen und giesst nun (im Messglas gemessen) in das 50 Gramm haltende Tropfglas 50 ccm. der sterilen Salz-Glycerinlösung, und in das 30 Gramm haltende 12½ ccm. In das kleinste Tropfglas entleert man nun (nach vorsichtigem Entfernen der Stopfen mit geglühtem Messer und Korkzieher) b e i d e Tuberculinfläschchen direct durch Ausgiessen, setzt dann den Glasstöpsel auf und träufelt nun in die 50 ccm. Salzlösung e i n e n g r o s s e n Tropfen Tuberculin, und in die 12½ ccm. v i e r g r o s s e Tropfen. Die entleerten Tuberculinfläschchen werden nun j e d e s mit 0,9 ccm. (= 9 grossen Tropfen) steriler Salzlösung ausgeschwenkt, um das an der Wand adhärente Tuberculin zu gewinnen, und beide Mischungen direct ebenfalls in das k l e i n s t e Tropfglas geschüttet. Zugestöpselt etikettirt man nun die 4 Tropfgläser so, dass das grösste als „Sterile Salz-Glycerinlösung," das zweitgrösste als „Tuberculinlösung I" das nächste als „Tuberculinlösung II," und das kleinste als „Tuberculinlösung III," erkennbar sind, so ist die Arbeit gethan. Durch einfaches Umdrehen der Stöpsel öffnet oder verschliesst man die Gläser.

Die Tropfen einer solchen Lösung sind gleich gross. Die der Lösung I sind etwas kleiner als die von II und III. Folgende Tabelle erklärt die Dosirung der Einspritzungen:

Lösung.	Tuberculin.	Salzlösung.	Tropfen.	Trockensubstanz.
I.	0,1 ccm.	in 50,0 ccm.	$= 1 = \frac{1}{600}$, $3 = \frac{1}{250}$, $6 = \frac{1}{125}$, $12 = \frac{1}{62}\frac{1}{2}$	Milligr.
II.	0,4 "	in 12,5 "	$= 2 = \frac{1}{41}$, $5 = \frac{1}{15}$, $10 = \frac{1}{8}$, $20 = \frac{1}{4}$	"
III.	1,5 "	in 1,5 "	$= 1 = \frac{1}{8}$, $2 = 1$, $4 = 2$, $8 = 4$, $16 = 8$	"

Da von Lösung I 12 Tropfen und von II und III 10 Tropfen

auf einen ccm. gehen, so sind die Anfangsdosen von I und II etwas zu klein.

In einem gedeckten Blechkessel, mit Wasser umgeben, um das Umfallen zu verhüten, können diese Lösungen bequem im Eisschrank gehalten werden. Rathsam ist es, kleine Tropfenmengen (1—8) mit steriler Salzlösung in einem reinen Porcellanschälchen zu mischen, bis 1,0 oder 1,5 ccm. Flüssigkeit zum Einspritzen präparirt sind. Die Vorbereitung zur Einspritzung nimmt nicht länger in Anspruch, als Patient Zeit zum Entblössen bedarf.

Die Luer'sche Glasspritze, 2 ccm. haltend, eignet sich desshalb am besten, weil Stempel wie Hülse aus Glas bestehen und so durch Abkochen sterilisirt werden können und weil dieselbe nie versagt.

Referate und Kritiken.

B. Scheube. Die Krankheiten der warmen Länder. Jena 1896, Fischer's Verlag.

Ein Lehrbuch, welches sich speciell mit den Krankheiten der warmen Länder befasst, war schon lange Bedürfniss und wird mit Freuden von jedem Arzte begrüsst werden, der Gelegenheit hat in den Tropen zu reisen oder den sein Beruf dorthin führt. Die Literatur über Tropenkrankheiten ist ja sehr gross, aber so zerstreut, und in so vielen Sprachen geschrieben, dass gerade dort wo sie nöthig wäre eine Benützung unmöglich ist. Grössere Bibliotheken sind in den Tropen selten zu finden, zudem ist das Tropenklima zu literarischer Arbeit wenig geeignet. Wir haben daher allen Grund, dem Verfasser für sein Buch dankbar zu sein. Freilich ist dasselbe nur ein Anfang, wir möchten sagen das Scelett dessen, was wir künftig zu erwarten haben, denn von e i n e m Gelehrten kann kaum ein so umfassendes Werk geschrieben werden. Es wird der vereinten Arbeit vieler Aerzte bedürfen, um ein vollständiges Buch der Tropenkrankheiten zu Stande zu bringen. Scheube, der einige Jahre in Japan zugebracht hat, hatte Gelegenheit einige der hauptsächlichsten Krankheiten warmer Länder genauer zu studiren, wie Beri-Beri, Lepra, Malaria etc., und diese sind denn auch besonders gut beschrieben. Jedoch hat Verfasser auch verstanden aus der Literatur mit vorzüglicher Kritik diejenigen Bilder herauszuheben, welche wohlcharacterisirten Krankheiten entsprechen. Hoffentlich wird es den Bakteriologen gelingen, all die tropischen Infectionskrankheiten zu classificiren, welche wir Aerzte der gemässigten Zone kaum den Namen nach kennen. In sehr eingehender Weise ist die Pest abgehandelt und obwohl das Schreckgespenst am asiatischen Horizont wieder zu verblassen beginnt, so dürfte es doch für alle Aerzte von grosser Wichtigkeit sein, sich mit dem Wesen

dieser Seuche bekannt zu machen. Freilich ist die Pestliteratur in den letzten 6 Monaten um viele sehr wesentliche Punkte bereichert worden, welche in Scheube's Buch noch nicht berücksichtigt sind.

F. Schwyzer.

Direct intra-abdominal Finger-compression of the common iliac artery during amputation at the hip-joint. By Charles McBurney, M. D., New York. Annals of Surgery, May, 1897.

McB. schlägt in dieser kurzen Mittheilung eine durchweg neue Methode zur Controllirung der Blutung bei Hüftarticulation vor, die er in drei Fällen mit Erfolg angewandt hat.

Der Autor macht, nachdem durch Bindenumwicklung so viel Blut als möglich gespart wurde, einen Laparotomieeinschnitt anderthalb Zoll innerhalb der Spina anterior superior ossis ilei. Bei dem Durchgehen durch die Muskellagen kann mit Erfolg die von McB. für Appendicitis angegebene Methode befolgt werden, jede Lage in der Richtung der Muskelfasern zu durchtrennen, zur Verhütung einer späteren Bauchhermie.

Durch die gemachte Incision geht der Assistent mit dem Zeigefinger, und comprimirt mit Leichtigkeit die Iliaca communis, so dass die Operation absolut unblutig verläuft.

Das Operationsfeld ist nicht eingeschränkt durch irgendwelche Bandage, wodurch absolute Asepsis erleichtert wird. Bei der Unterbindung der Gefässe kann man leicht durch momentanes Nachlassen der Compression die kleinsten Gefässe auffinden. Die Eröffnung der Bauchhöhle hält Verfasser für gleichgültig.

McB. hat drei Fälle nach dieser Methode operirt: ein Riesenzellensarcom des Oberschenkels bei einem vierzehnjährigen Jungen, eine schwere Tuberculose bei einem zwanzigjährigen Mann, und eine Zermalmung des Oberschenkels durch Ueberfahrung bei einem elfjährigen Kinde. Alle drei Fälle sind rasch ohne Zwischenfälle genesen.

Kiliani.

Report of sixty-nine cases of amputation at the hip-joint by the author's method. By John A. Wyeth, M. D., New York. Annals of Surgery, February, 1897.

Die von dem Autor schon öfter beschriebene Methode dürfte eigentlich als bekannt vorausgesetzt werden. Originell daran ist nur die Art der Blutstillung, während die Operationsmethode als solche praktisch nur eine Wiederholung der Volkmann'schen darstellt. Die Blutleere wird dadurch bewirkt, dass zwei Stahlnadeln 3-16 Zoll Durchmesser und 10 Zoll lang eingestossen werden und zwar wird eine ¼ Zoll unter der Spina ant. sup. ossis ilei und etwas median davon angesetzt und oberflächlich etwa 3 Zoll weit durch Muskel und Fascie nach der Aussenseite des Oberschenkels druchgeführt. Die zweite Nadel wird durch Haut und Sehne des Adductor longus ½ Zoll unterhalb des Dammes nach abwärts zu duchgestossen, sodass die Spitze einen Zoll unterhalb des Tuber Ischii herauskommt. Die Spitzen werden sofort durch Cork geschützt. Oberhalb dieser beiden Nadeln wird nun, nachdem die Gefässe vor directem Druck durch

Gazeauflagen geschützt wurden, weisser Gummischlauch von ½ Zoll im Durchmesser, fünf bis sechsmal mit grosser Kraft um den Schenkel gewickelt und gebunden.

Die weitere Operation entspricht genau der Volkmann'schen, nur dass der Femur nicht durchgesägt wird. Verfasser empfiehlt seine Nadeln als billig, leicht anschaffbar und sicher in der Wirkung.

Die angegebenen 69 Fälle fallen auf 45 Operateure. 56 von den Patienten waren männlich, 13 weiblich, 11 starben, eine Mortalität von 15,9 Prozent. Von den 11 lätal endenden Fällen hatten 5 ausgedehnte schwere Verletzung mit Blutung erlitten, unter schweren Shockerscheinungen. Blutung trat niemals auf, während oder nach der Operation.

Auf die 40 Fälle von Sarcom (wo also vorher kein Shock oder Blutverlust war) treffen 4 Todesfälle, eine Mortalität von 10 Prozent. Auf 22 Fälle von entzündlicher Knochenkrankheit (Tuberculose und Osteomyelitis) treffen 3 Todesfälle, gleich 13,6 Prozent. Von Zufälligkeiten werden 2 nur angegeben, einmal war der Schlauch nicht fest genug angelegt, was ohne Blutverlust corrigirt wurde, und einmal waren die Nadeln nicht stark genug, bogen sich, und gaben zu einer leichten Blutung Anlass. Kiliani.

Charles A. Oliver: Winke zur Diagnose der peripheren und centralen Nervenkrankheiten mit Hülfe der wichtigsten ophthalmologischen Untersuchungsmethoden. Uebersetzt auf Wunsch des Autors von Dr. Julius Wolff. Wiesbaden, Verlag von J. F. Bergmann.

Auf nicht ganz 45 Seiten Kleinoctav werden vom Verfasser sämmtliche Untersuchungsmethoden der Augenkrankheiten wie im Fluge skizzirt. Die Untersuchung mit dem Augenspiegel im aufrechten und umgekehrten Bilde, die Methode der seitlichen Beleuchtung, die Prüfung der centralen Sehschärfe, des Farbensinnes, des Sehfeldes, der Pupillenreaction und der Beweglichkeit des Augapfels, alles das findet sich in einem engen Rahmen zusammengedrängt. Ausserdem finden hier noch Raum Hinweise auf die Erkennung von Abschürfungen des Epithels der Bindehaut und Hornhaut mittelst Fluorescin, Nachweisung von Erkrankungen der Highmoreshöhle mittelst der Methode der Durchleuchtung und schliesslich die Anwendung des Spectroscops zur Differenzirung von hämorrhagischen und sonstigen intraocularen Ergüssen. Diese letzteren Dinge haben freilich weder mit peripheren noch mit centralen Nervenkrankheiten auch nicht das Mindeste zu thun und es ist nicht recht verständlich, warum Verfasser hier, wenn auch in noch so gedrängter Weise, auf sie eingeht.

Wer sich auf der Klinik die ophthalmologischen Untersuchungsmethoden auf practische Weise anzueignen bemüht gewesen ist, wird in dem vorliegenden Büchlein ein bequemes Mittel zur theoretischen Recapitulation des Gelernten finden. Von besonderem Nutzen wird sich dabei das zum Schlusse angefügte alphabetische Register erweisen. A. Schapringer.

Transactions of the American Ophthalmological Society, 1897.

Einen interessanten Bericht liefert Dr. J. A. Andrews (New York) zur „Tuberculose der Iris" mit einer Zusammenstellung von dreissig Fällen aus der Literatur. Bereits 1855 erkannte E. v. Jäger ophthalmoscopisch den Tuberkel; die Diagnose wurde bei der Section bestätigt. Die Tuberculose der Aderhaut wurde, kurze Zeit nachher, von Manz, post mortem, nachgewiesen, jedoch intra vitam wohl erst mit Sicherheit von A. von Graefe und Leber beobachtet. In keinem einzigen Falle war die Erkrankung unzweifelhaft primär. Selbst in den günstigsten Fällen liess sich eine latente Tuberculose an einem anderen Orte nicht ausschliessen. Die Tuberculose der Regenbogenhaut erscheint meistens in Gestalt mehrerer kleiner, Stecknadelkopf — bis Erbsen — grosser Knötchen; die Farbe ist hell gelblich-weiss, hell grauweiss, oder auch grau-gelb. Selten sieht man Gefässe auf der Oberfläche der Knötchen. Ueber Schmerzen wird selten geklagt; meistens fehlt auch jede ausgesprochene Röthung der Bindehaut. Die Ciliar-Injection ist sehr mässig. Ausnahmsweise fand sich eine beträchtliche Reaction, die auf Trauma oder andere weniger klare ätiologische Momente zurückzuführen war. Die Krankheit kann unter dem Bilde einer Irido-cylitis seroca s. adhesiva einhergehen. Der Verlauf ist gewöhnlich schleichend. Dr. O. F. Wadsworth (Boston) bringt die Krankengeschichte eines aussergewöhnlichen Falles von Embolie der A. Centralis retinae. Characteristisch war der plötzliche Anfall, mit ausgesprochener, dauernder, concentrischer Einengung des Gesichtsfeldes, jedoch mit Erhaltung des centralen Sehens. Es bestand eine milchweisse Trübung der Netzhaut, welche jedoch die Maculargegend vollständig freiliess. Am Rande der Sehnervenscheide fand sich ein „cilio-retinales" Gefäss, welches das Gebiet des gelben Fleckes ausreichend versorgte. Einen ganz ähnlichen Fall hatte W. bereits 1890 mitgetheilt. H. F. Hansell (Philadelphia) bringt einen ausführlichen Bericht über „Beiderseitige Stauungs-Papille in Folge von Gehirntumor (Cyste im R. Stirnlappen)" mit den Ergebnissen der microscopischen Untersuchung. Diese zeigte eine Druck-Atrophie des Sehnerven in Folge Ansammlung von Exsudat in den Meningen, welche ihrerseits mechanisch eine Störung der Circulation zu Stande gebracht hatte. Eine Herkunft des Exsudats aus einer localen, durch toxische Elemente hervorgerufenen, Entzündung des Nerven-Kopfes liess sich mit Sicherheit ausschliessen.

Klinisch wichtig ist die Mittheilung Carl Koller's (New York). Zwei Fälle einer „seltenen, tödtlich verlaufenden Krankheit des kindlichen Alters, mit symmetrischen Veränderungen an der Macula lutea" (Kingdon.) Diese wurde zuerst von Warren Pay präcisirt. Die Krankengeschichte ist schlagend gleichmässig. Die Kinder sind durchwegs gesunder Abkunft; besonders lässt sich Syphilis ausschliessen. Bis zum dritten oder fünften Monate wird nichts aussergewöhnliches beobachtet, es sei denn dass andere Fälle in derselben Familie die Aufmerksamkeit auf die Augensymptome lenken, welche thatsächlich die ersten zu sein scheinen. Zwischen dem dritten und dem achten Mo-

nate stellt sich eine eigenartige Muskelschwäche ein. Der Kopf kann nicht aufrecht gehalten werden, der Rücken ist schwach, die Muskulatur teigig, jedoch sind die Reflexe erhalten. Die weitere Entwickelung ist regressiver Art. Die Kinder erlernen nicht das Gehen; sie zeigen das Bild der Idiotie, und verfallen in einen marantischen Zustand, dem sie, im Alter von ungefähr drei Jahren, erliegen. Die Augensymptome erscheinen in den ersten Lebensmonaten oder -Wochen; werden jedoch häufig übersehen. Dass die Veränderungen congenital sind ist unwahrscheinlich. Das ophthalmoscopische Bild ist in allen Fällen dasselbe, und zeigt grosse Aehnlichkeit mit dem bei der Embolie der Centralarterie beobachteten. In der Gegend des gelben Fleckes nimmt man eine weissliche Trübung wahr, welche in der Mitte einen kirschrothen Fleck durchscheinen lässt. Die Sehnervenscheide ist gelblich oder grau verfärbt, jedoch sonst normal und scharf contourirt. Später stellt sich die Atrophie ein. Nystagmus, Trägheit der Pupillen, werden zuweilen beobachtet. In den meisten Fällen besteht noch qualitative Lichtperception. Die Affection ist ausgesprochen familiär. Die von Sachs zusammengestellten 19 Fälle gehörten 10 Familien an. Bis lang wurde nur dreimal die Autopsie ausgeführt, in zwei Fällen derselben Familie von Sachs, einmal von Kingdon. Von beiden Forschern wurden Veränderungen der grossen pyramidalen Zellen der Grosshirnrinde nachgewiesen, die sie als Zeichen einer Entwickelungshemmung ansprechen. Kingdon fand noch eine absteigende Degeneration im Halsmark. Sachs erwähnt ausdrücklich, dass in den Blutgefässen nichts abnormes zu finden sei. Eine histologische Untersuchung der Augen ist noch nicht gelungen. Zum Schlusse macht K. auf die Aehnlichkeit des Symptomencomplexese, mit dem der Dementia paralytica, aufmerksam. In Bezug auf die Nomenclatur möchte Ref. nur noch betonen, dass Sachs, dem wir eine Zusammenstellung der Literatur und die Ergebnisse mehrerer Obductionen verdanken, dieses Krankheitsbild mit dem Namen „Amaurotic Family Idiocy" belegt, und dass diese präcise und klare Benennung, welche übrigens von Neurologen fast ausschliesslich und von Ophthalmologen sehr häufig gebraucht wird, der schwerfälligen und unexacten Umschreibung nach Kingdon jedenfalls vorzuziehen ist.

P. Fridenberg.

SITZUNGSBERICHTE.

Deutsche Medicinische Gesellschaft in New York.

17 West 43. Strasse.—Sitzung vom 5. April 1897.

Präsident: Dr. W. Freudenthal.

Secretär Dr. J. A. Beuermann verliest das Protokoll der vorigen Sitzung, welches genehmigt wird.

1. VORSTELLUNG VON PATIENTEN.

Dr. F. Kammerer: Dieser Patient kam heute nach längerer Zeit zum ersten Mal wieder zur Untersuchung in mein Haus, und ich

wollte nicht verfehlen, ihn heute Abend vorzustellen. Im August vorigen Jahres kam derselbe mit folgender Krankengeschichte in meine Behandlung: Er hatte seit 13 Monaten Blasenbeschwerden gehabt, die in der ersten Zeit darin bestanden, dass er fortwährend Harndrang verspürte und Schmerzen in der Blase hatte, und in den letzten sechs Monaten in sehr heftigen Blasenblutungen. Als der Patient im August ins Deutsche Hospital kam, war er in recht schlechtem Zustand, anämisch und sogar etwas kachektisch aussehend und litt sehr an seinen unsäglichen Beschwerden. Bei seinem Alter war es nicht schwer, schon aus der Krankengeschichte die Diagnose mit einiger Wahrscheinlichkeit zu stellen, — dass es sich um eine Geschwulst in der Blase handelte. Die Untersuchung mit dem Irrigations-Cystoscop ergab auch, dass sich auf der rechten Seite der Blase eine grosse Ulceration mit gewulsteten Rändern vorfand. Ich schritt daher, ohne lange zu warten, zum Blasenschnitt mit der Absicht, den Tumor zu entfernen.

(Demonstration des Patienten.)

Sie sehen hier, dass ich den äusseren Querschnitt gemacht habe, wie ich es seit sechs Jahren bei allen Blasenoperationen thue; er giebt viel Platz und ist bei weitem dem senkrechten Schnitt vorzuziehen. Nachdem die Ansätze der Musculi recti eingeschnitten waren, wurde die Blase freigelegt und dann in der Medianebene incidirt. Es zeigte sich, dass fast die ganze rechte Hälfte der Blase in der Grösse eines Silberdollars vom Tumor eingenommen war. Es war in diesem Fall nicht schwierig, die Operation subperitoneal auszuführen. Man konnte ziemlich leicht das ganze Peritoneum von der Blase zurückschieben, und nachdem ich das gethan, fing ich an der medianen Incision an und schnitt bis knapp an den rechten Ureter die ganze Blasenwand aus. Sie können daraus schon entnehmen, welche Ausdehnung der Tumor hatte. Ich bin leider nicht im Stande, Ihnen das Präparat zu zeigen. Nachdem der Tumor entfernt war, da sah es aus, als ob es fast unmöglich wäre den Hohlraum der Blase wieder herzustellen. Und doch gelang es, die linke Seite der Blase hinüberzuziehen und durch Nähte den Defect zu schliessen und die Blase durch ein Drainrohr zu drainiren. Der Verlauf war ein etwas langwieriger. Der Patient konnte erst im Januar dieses Jahres als völlig geheilt betrachtet werden, da erst zu jener Zeit die Fistel, die zurückgeblieben war, sich vollkommen schloss. Ich habe heute den Patienten mit dem Cystoscop untersucht, und es ist alles schön geheilt und kein Zeichen eines Recidivs da. Die Blase, und das ist eine ziemlich beachtenswerthe Thatsache, hat sich wieder so weit ausgedehnt, dass ich mit Leichtigkeit 200 cc. Urin in dieselbe injiciren konnte, bevor Urindrang auftrat. Der Patient urinirt alle 6 bis 7 Stunden, hat gar keine Beschwerden mehr und hat sich in ausgezeichneter Weise erholt. Er hat 10 Pfund zugenommen.

a) OSTEOPLASTISCHE RESECTION DES BRUSTBEINES FUER RETROSTERNALES DERMOID.

Dr. Willy Meyer:

Ich möchte mir gestatten Ihnen einen Patienten vorzustellen, dessen Leiden ein verhältnissmässig seltenes ist. Derselbe hat ziem-

lich viel in operativer Hinsicht durchmachen müssen, und doch ist es schliesslich gelungen in Folge Ausdenken eines richtigen Operationsplanes, ihn zur Arbeit wieder herzustellen und den vollkommenen Gebrauch seines rechten Armes zu erhalten. Es ist ein jetzt nahezu 24-jähriger Mann, der vor zwei Jahren in der Klinik von Prof. Woelfler in Graz aufgenommen wurde, und da gerade von Dr. Pflanz über diesen Kranken eine Arbeit veröffentlicht wurde, so gestatten Sie mir, dass ich zunächst ein paar Bemerkungen aus der dort gegebenen Anamnese über denselben Patienten mittheile. (Liest.)

Der Patient kam dann bald wieder nach Amerika und trat im Herbst 1895 in das Deutsche Hospital ein. Ich habe ihn dort zuerst operirt, und zwar mit einfacher Erweiterung der Fistel am Brustbein. Ich fand, dass ich in eine eigenthümliche platte Höhle gelangte, und die eingeführte Sonde ging bis oberhalb des Schlüsselbeins hinauf. Die Höhle wurde mit in Jod getränkter Gaze austamponirt, es blieb aber eine Fistel. Später hat Dr. Kammerer noch einmal diese Operation ausgeführt und ist am Brustbein noch etwas weiter nach oben gegangen, es blieb aber auch dort eine Fistel zurück. Wie ich den Dienst anfangs Sommers wieder antrat, fand ich den Patienten eigentlich im alten Zustand, wie ich ihn zuerst übernommen hatte. Es bestand ein grösserer Defect am Manubrium sterni und eine stark Eiter secernirende Fistel. Wegen dauernder Unfähigkeit zur Arbeit wollte der Patient sich irgend einem Eingriff unterwerfen. Der Uebelstand war folgender: Es war deutlich zu sehen, dass die Höhle bis über das Schlüsselbein ging. Wollte man das Ende erreichen mit Opferung des Schlüsselbeins, so hätte man dieses total reseciren müssen. Auf der anderen Seite war es sehr schwer, die platte Höhle hinter dem Brustbein freizulegen. So hielt ich es für das beste eine osteoplastische Operation auszuführen, die im Folgenden bestand:

Demonstration der Operation am Patienten.

Die Heilung war ausgezeichnet. Die Consolidation des durchtrennten Schlüsselbeins ging nach Silberdraht-Naht ohne Weiteres vor sich. Der Patient hat Nichts vom Knochen verloren, hat aber natürlich noch diese Oeffnung, die durch das Brustbein hindurchgeht. Wenn Sie mir noch ein paar Augenblicke schenken wollen, so wird es nicht schwer fallen, aus der Höhle hinter dem Brustbein Haare zum Vorschein zu bringen. (Demonstration).

Der Patient ist jetzt vollständig arbeitsfähig. Die nur an der hinteren Seite mit der Dermoid-Cystenwand ausgekleidete retrosternale Höhle ist trocken und secernirt kein dünnflüssiges Secret mehr. Wenig dermoid-ähnlicher Brei wird noch in den tiefen Punkten der hinteren Wand producirt.

b) ZWEI FAELLE VON GASTRO-ENTEROSTOMIE.

Diese Patientin kam vor vier Jahren unter die Beobachtung von Dr. Einhorn, der leider heute Abend nicht anwesend sein kann. Und zwar zeigte sich damals ein beweglicher Tumor zwischen Nabel und Schwertfortsatz; es war keine Salzsäure vorhanden. Dr. E. dachte, es handle sich um einen malignen Tumor. Er schlug der Patientin eine Operation vor. Dieselbe wurde verweigert, und trotz grosser Beschwerden, fast täglichen Erbrechens, hat die Patientin

noch volle vier Jahre mit der Operation gewartet. Sie hatte zuletzt enorm an Kräften abgenommen und hat sich endlich auf Drängen Dr. Einhorn's entschlossen sich der Operation zu unterwerfen. Natürlich zeigte der jahrelange Verlauf, dass es sich nicht um einen malignen, sondern um einen benignen Tumor handelte. Wie die Patientin am 5. Januar dieses Jahres im Post Graduate Hospital operirt wurde, zeigte sich, dass der ursprüngliche Tumor an der Unterfläche der Leber adhärent geworden war, fest damit verwachsen in der Grösse einer guten Kirsche, und dass, wenn man die radikale Operation, die doch an und für sich unnöthig war, machen wollte, man ein Stück Leber hätte reseciren müssen. So wurde die vordere Gastro-Enterostomie von mir ausgeführt. Ich will Sie nicht damit aufhalten, Ihnen zu sagen, wie das heute am Besten gemacht wird. Es ist nur wichtig, dass man mit Sicherheit weiss, dass man das obere Ende des Dünndarms mit dem Magen vereinigt und keinen tiefer gelegenen Punkt. Es giebt heute eine treffliche Methode, dieses schnell zu finden. Trotzdem der Magen am Morgen und noch einmal direkt vor der Operation mit mehreren Quart Wasser ausgespült war, war es nicht möglich gewesen, ihn vollständig zu reinigen. Wie ich den Magen incidirte, fing die Patientin an zu pressen, und eine grosse Masse Mageninhalt lief über das Operationsfeld. Doch die Umgebung war gut durch Gaze abgeschlossen. Die Patientin wurde schnell auf die Seite gedreht; das unangenehme Ereigniss verlief ohne weitere Störung. Die Patientin machte eine tadellose Reconvalescenz durch, wurde nach drei Wochen aus dem Hospital entlassen und hat seitdem 38 Pfund zugenommen.

Ich will noch sagen, dass die Magenwand zu ausserordentlicher Dicke angewachsen war. Ich übertreibe nicht, wenn ich sage, dass die Muscularis fast einen vollen halben Zoll dick war. Die Schleimhaut sah aus wie englisches Leder, ungefähr wie das Material, aus dem die Kutscher ihre Beinkleider machen lassen. Hätte ich von vornherein mir vorgenommen, hier die Gastro-Enterostomie mit dem Murphy-Knopf zu machen, es wäre unmöglich gewesen. Man kann mit Sicherheit erwarten, dass, wenn schon so lange eine Verengerung am Pylorus bestanden hat, man sich auf eine sehr dicke Magenwand gefasst machen muss. Es geht der Patientin übrigens ausgezeichnet, und ich bin überzeugt, sie wird dauernd gesund bleiben.

Der zweite Fall zeigt ein etwas anderes Bild. In Bezug auf den augenblicklichen Erfolg ist er durchaus gut. Es wurde hier verhältnissmässig früh seitens Dr. Einhorn's die Diagnose „maligne Stenose des Pylorus" gemacht. Es war kein Tumor zu finden, aber seit letztem Frühjahr hatte Patient fast dauernd gebrochen, und die Untersuchung des Mageninhalts ergab die von Dr. Einhorn so bezeichnete Ischochymie, die Retention des Mageninhalts. Dabei war doch Salzsäure und keine Milchsäure vorhanden. Nach der schnellen Entwickelung des Leidens musste ich Dr. Einhorn vollkommen beistimmen, dass man klinisch an nichts anderes denken konnte, als an Krebs. Es wurde am 7. October 1896 im Deutschen Hospital die Bauchhöhle eröffnet, und es fand sich deutlich unter der Leber verborgen eine circuläre den Pylorus umgebende Geschwulst. Wenn man sich vornimmt, immer das oberste Ende des Dünndarms aufzusuchen, so findet man vielleicht

manchmal das, was ich hier gefunden hatte, d. h. im Verlauf des oberen Endes des Dünndarms eine Anzahl circulär verlaufender Geschwülste. Dieser Patient hatte in den obersten drei Fuss des Dünndarms mindestens 10 circulär verlaufende Geschwülste. Der Patient war ausserordentlich heruntergekommen. Ich bin der Ansicht, dass man bei Gastro-Enterostomie für maligne Pylorusstenose mit jeder Minute für den Patienten geizen soll, d. h. so viel Zeit bei der Operation sparen als mäglich ist. Und da ist der Murphy-Knopf ein ganz vorzügliches Hülfsmittel. Die Operation ist schnell gemacht und verhältnissmässig sicher, wenn man den Knopf noch mit einer circulären fortlaufenden Naht umgiebt. Bei später zur Section kommenden Fällen findet man ein kreisrund ausgeschnittenes Loch. Es ist kein Fall bekannt, wo sich dieses Loch, wenn seine physikalische Funktion erfüllt wird, contrahirt. Der einzige Nachtheil, der sich bei der Knopfmethode ergiebt, ist der, dass der Knopf gewöhnlich in den Magen fällt. Aber man hat die Beobachtung gemacht, die von vielen Kollegen hüben und drüben bestätigt worden, dass der Knopf, wenn er auch Monate lang im Magen gelegen hat, keine Beschwerden macht, auch die Schleimhaut nicht weiter alterirt. Es findet sich bei der Section keine Echymose. Der Knopf wird so als Fremdkörper im Magen schadlos getragen, mitunter Jahre lang. Ihn mit grösserer Sicherheit nach unten abzuführen, ist dann möglich, wenn man die Darmschlinge nicht an die vordere Magenwand annäht, sondern an die hintere. Dies ermöglicht eher die Passirung des Knopfes nach unten. Unter den Fällen, die bis jetzt veröffentlicht sind, ist einer von mir, wo das Fallen des Knopfes in den Magen Beschwerden gemacht hat. Der Patient wurde plötzlich krank mit enormem Druckgefühl im Magen und starkem Erbrechen, ist dann aber die Monate, die er noch lebte, vollkommen gesund geblieben.

Dieser Patient hier, der am 7. October operirt wurde, hat bis jetzt über 40 Pfund zugenommen. Es war ein sehr bekannter erfahrener College bei der Operation anwesend und sagte: Herr College, Sie werden doch hier weiter nichts ausführen. Ich erklärte, dass ich die Gastro-Enterostomie machen wollte. Ich wollte dies besonders hervorheben. Es ist dies der einzige Grund, warum ich den Patienten hergebracht habe. Ich hatte eigentlich einen anderen herbestellt. Es ist das ein Fall, der von zwei erfahrenen Collegen im letzten Sommer gesehen wurde und damals schon als inoperabel erklärt wurde. Der Patient kam Ende Januar d. J. unter meine Beobachtung. Er hatte dauernden Hunger. Er brach, aber ass immer darauf los. Er brach jedes Mal nach sechs bis acht Stunden, und hatte enorm abgenommen. Dieser Patient hatte eine grosse, deutlich palpable Geschwulst unterhalb des Schwertfortsatzes. Die Frage war, sollte man dem Patienten noch durch Operation helfen? Ich sprach noch vorhin mit einem Collegen über diesen Fall. Er sagte: „Ja, wenn man eine palpable Geschwulst gefunden hat, ist es mit dem Operiren doch zu spät, wozu soll man operiren, nur um das Leben zu verlängern?“ Gerade aus dem Grunde hatte ich mir vorgenommen, den Patienten vorzustellen. Auch dann, wenn man glaubt, man könnte nicht mehr helfen, sollte heutzutage die Gastro-Enterostomie gemacht werden. In dem

eben angeführten Falle lag ein grosser Tumor direkt in situ. Tief unter dem linken Rippenbogen fühlte die Hand den Fundus frei von Geschwulst. Er wurde mit Hülfe des Assistenten nach vorn gezogen und schnell der Knopf eingesetzt, die Anastomose gemacht, die Circulärnaht angelegt, dann fielen die Theile wieder zurück. Hätte man die Naht machen wollen, es wäre absolut unmöglich gewesen. Mit dem Knopf war es eine sichere Methode. Auch dort glaube ich ist der Knopf in den Magen gefallen. Der Patient hatte aber keine Beschwerden. Ich wollte also sagen, dass auch in den sogenannten schlechten Fällen von maligner Pylorusstenose heute der praktische Arzt dem Chirurgen etwas mehr vertrauen sollte. Er wird dem Chirurgen den Patienten nicht länger als drei Wochen lassen. Wenn dann der Patient zu ihm zurückkehrt, wird er ihm dann mit weit grösserer Freude nachbehandeln können, als wenn er ihn ohne die Operation langsam zu Tode gepflegt hätte. Ich bin überzeugt, wenn alle Chirurgen sich vornehmen wollten, diese Minuten, die man mit dem Murphy-Knopf sparen kann, wirklich zu sparen, dass viel mehr Patienten mit Magencarcinom die Wohlthat der Gastro-Enterostomie erhalten könnten.

Ich habe übrigens, da ich nachweisen wollte, ob der Knopf im Magen ist oder nicht, diesen Patienten hier den Röntgen-Strahlen ausgesetzt. Das Resultat war positiv. Ich bin sicher, dass das, was man hier auf der Photographie sieht, der Knopf ist. Es dürfte übrigens für die Frage der Anwendung der Röntgen-Strahlen interessant sein, dass sich hier bei diesem Patienten, nachdem eine Zeit von vier Wochen verstrichen war, ein grosser Brandschorf auf dem Rücken entwickelt hat. In einem anderen Fall, der wegen einer Kugel im Gehirn photographirt wurde, stellte sich später totaler Haarverlust über dem Occiput ein. Man sucht daher heutzutage die Zeit der Exposition immer mehr einzuschränken.

Präs. Dr. W. Freudenthal: Wir müssen die Diskussion über diese Fälle vertagen und gehen zum folgenden Punkt der Tagesordnung über:

2. DEMONSTRATION VON PRAEPARATEN, INSTRUMENTEN ETC.

1) Dr. F. Foerster: Einige gynaekologische Präparate.

Ich möchte mir erlauben, Ihnen einige Präparate zu demonstriren, welche ich innerhalb der letzten drei bis vier Monate in der Privatpraxis wie Hospitalpraxis durch Operation gewonnen habe.

Die ersten drei Präparate stammen von ectopischen Schwangerschaften in verschiedenen Stadien der Entwicklung. Im ersten Fall handelt es sich um extra-uterine Schwangerschaft im ersten Monat, das Product lag im ersten Drittel der rechten Tube. Die Krankengeschichte ist besonders interessant, da es sich um gleichzeitig bestehenden Pyosalpinx der linken Tube handelte und sich der gegenseitige Symptomencomplex der Art deckte, dass blos eine Wahrscheinlichkeitsdiagnose gestellt werden konnte. Das Ei war noch intact, die Tube war zu einer dünnen Blase aufgetrieben, welche jeden Moment zu bersten drohte. Es ist dieses der zewite Fall, in welchem ich wegen

ectopischer Schwangerschaft des ersten Monats vor der Ruptur operirte. Es wurde nöthig wegen des Pyosalpinx der linken Tube den Uterus zu entfernen.

Das zweite Präparat zeigt eine ectopische Schwangerschaft im dritten Monat, die Ruptur ist ohne die gewöhnlichen Collapserscheinungen eingetreten, so dass meine vor der Berstung gestellte Diagnose hätte fast in Zweifel gezogen werden können.

Das dritte Präparat zeigt einen Tubenabort, in der Tube wurden microscopisch Chorionzotten nachgewiesen. Verlauf der drei Fälle günstig.

Fünf Myomatöse Uteri durch Coeliohysterectomie gewonnen.

Die Präparate zeigen die verschiedenen Stadien der Entwickelung des Uterusmyoms. Die Operation war meist uncomplicirt, bot in dem kleinsten der Präparate die meisten Schwierigkeiten. Der Fall war längere Zeit electro-therapeutisch behandelt worden, ich möchte es diesem Umstand zuschreiben, dass sich die ausgedehntesten Verwachsungen im ganzen Becken vorfanden.

Ein anderes Präparat zeigt einige grössere subseröse Myomknoten, welche im Begriffe sind, sich von der Uterussubstanz ganz zu lösen, um sich im breiten Ligament abzulagern. Solche Massen verwelken gewöhnlich durch die unterbrochene Ernährung und werfen aetiologisch die Frage auf, ob sie von dem Uterus versprengte Theile oder Fibrome im breiten Ligament direct entstanden, darstellen. Ein anderes Präparat ist von Wichtigkeit, da es durch seine Grösse im Stande war, einen der Ureteren vollständig zu comprimiren, so dass erst nach der Operation sich die Thatsache herausstellte, dass es sich in dem Falle um eine rechtsseitige Pyonephrose handelte. Grosse Massen Eiter erschienen im Harn, während er früher nichts der Art aufwies. Leider erkrankte die andere Niere an Nephritis und die Patientin ging zu Grunde. Die Autopsie zeigte keine Spuren von Peritonitis. Die anderen Patienten sind genesen.

Präs. Dr. W. Freudenthal: Wir müssen auch hier die Diskussion vertagen.

2. Dr. A. Seibert: Bei weitem die meisten Infectionen des Armes nach dem Impfen entstehen secundär, d. h. nicht durch das Impfen selbst, sondern durch Kratzen, und deswegen sind die Schutzmassregeln, die getroffen werden, durchaus berechtigt. Die kleinen Schutzverbände, die im Markt sind, bestehen aus zwei Sorten. Die einen sind Drahtgitter, welche sehr fest gebunden werden müssen, um wirklich an Ort und Stelle zu bleiben, worauf natürlich die Circulation des Arms gestört wird. Ist der Verband aber nicht fest, so rutscht er hin und her und kratzt dem Kind die Pocke auf. Wird dann weiter mit schmutzigen Fingernägeln gekratzt, so ist die Infection fertig, und entstehen Erysipel und Phlegmone, wie wir sie so häufig sehen.

Die andere Art besteht aus dieser kleinen Vorrichtung (Demonstration), einer einfachen Filzplatte, die mit Gummi arabicum belegt ist, um das Scheuern des Hemdärmels auf der Pocke zu verhindern; sie verhindert aber nicht, dass das Kind während der Nacht oder bei Tag mit den Fingernägeln hineinfasst und kratzt. Ich habe mir nun durch

einen hiesigen Bandagisten in der 8. Avenue diese kleine Schutzvorrichtung machen lassen, und ich glaube, dass dieselbe beide Zwecke erfüllt. Es ist einfach eine Combination der beiden früheren. Es ist dieselbe Filzplatte, und eine zweite Filzplatte ist darauf geklebt. Zwischen beiden ist ein feiner Silberdraht, der so gehämmert ist, dass das Ganze als Gitter erscheint und nun aufgeklebt wird und fest sitzen bleibt, und der Draht ist so stark, dass ein vierjähriges Kind ihn nur mit Gewalt mit den Fingern durchdrücken kann. Zu jeder Zeit kann der Arzt oder die Mutter die Pocke controlliren. Es ist noch ein anderer Vortheil damit verbunden. Mit dieser Vorrichtung brauchen wir das Kind nicht im Sprechzimmer nach dem Impfen sitzen zu lassen, bis die Wunde trocken geworden ist. Wenn wir dieses Schild aufkleben, können wir das Kind sich sofort anziehen lassen und nach Hause schicken. Es ist ganz unmäglich, dass diese Wunde dann inficirt wird.

Präs. Dr. W. Freudenthal: Die Diskussion hierüber wird vertagt.

3. Dr. Willy Meyer: Kugelsplitter im Gehirn, nachgewiesen durch Röntgen-Strahlen.

Der Patient, um den es sich handelt und der sich im vorigen Sommer in die rechte Schläfe geschossen hatte, wurde bewusstlos in das Gouverneur Hospital gebracht. Wie mir später der Hausarzt erzählte, wurde die Wunde von demselben sehr genau untersucht, er konnte die Kugel zwar nicht finden, aber mit der Sonde durch das Gehirn bis zur anderen Seite dringen, so dass es feststand, dass die Kugel das Gehirn durchschlagen hatte. Der Patient blieb längere Zeit im Hospital. Er war nicht recht in seinen mentalen Functionen und wurde dann entlassen. Er kam in die Behandlung von Dr. G. W. Jacoby im Deutschen Dispensary. Da Zeichen von lokaler Erkrankung dees Gehirns vorhanden waren, wurde er dem Deutschen Hospital überwiesen. Ich wollte nun zunächst nachsehen, ob die Kugel vielleicht mit Hülfe der Röntgen-Strahlen lokalisirt werden könnte. Es liegen zwei Fälle von Prof. Eulenburg in Berlin vor, wo die Kugel durch die Röntgen-Strahlen lokalisirt und kenntlich gemacht wurde.

Dieser Patient wurde sehr lange exponirt, und um ganz sicher zu gehen, liess ich die Aufnahme zu verschiedenen Zeiten wiederholen. Sie sehen hier die Photographien und ganz deutlich den Fremdkörper. (Demonstration). Wenn sich nun hier auch herausgestellt hat, dass operativ mit dem Patienten Nichts auszurichten ist, so ist doch jedenfalls wiederum erwiesen, dass bei genügend langer Exposition selbst der dicke Schädelknochen sich den Röntgen-Strahlen nicht widersetzt.

4. Dr. H. J. Boldt: Appendicitis während Schwangerschaft.

Dass Blinddarm-Entzündungen zuweilen während der Schwangerschaft vorkommen, ist uns wohl bekannt; besonders aber bietet das Ihnen jetzt vorgezeigte Präparat Interesse, nicht nur weil die Appendicitis während der Schwangerschaft auftrat, sondern weil der vorhandene Zustand auch Schwierigkeiten in Bezug auf die Diagnose darbot.

Die schlecht genährte, 23-jährige Frau hatte während ihrer Schwangerschaft 5 Schmerzanfälle in der Coecalgegend von je 2- bis 3-wöchentlicher Dauer, welche die Diagnose einer Appendicitis seitens der sie behandelnden Aerzte vollkommen rechtfertigten. Zur Zeit ihres Eintrittes in die Klinik bestand der betreffende Anfall schon 4 Wochen. Fünf Wochen vorher wurde die Frau von einem reifen Kinde mittelst der Zange entbunden.

Die äusserliche Untersuchung ergab einen gut faustgrossen Tumor in der Coecalgegend, dessen Mittelpunkt gegenüber der Spina anterior superior etwa 2½ cmtr. nach innen von demselben sich befand. Seine Oberfläche war zum Theil leicht höckerig, wie wir es bei entzündlichen Exsudaten finden, und von fester Consistenz. Derselbe war schon auf mässigem Druck sehr empfindlich, er war etwas nach oben und unten verschiebbar, aber in der Tiefe scheinbar mit der Innenfläche der Darmbeinschaufel verwachsen. Der Uterus war frei beweglich von normaler Grösse, d. h. der Zeit des Wochenbettes entsprechend. Die Adnexa waren links normal, rechts nicht zu fühlen, mit Ausnahme einer kleinen Strecke der Tuba Fallopii, welche nicht verändert schien. Der Tumor war nicht bei bimanueller Untersuchung zu palpiren und schien auch in keinem Zusammenhange mit dem Uterus zu stehen. Die schon von anderer Seite gemachte Diagnose einer Appendicitis schien also vollkommen gerechtfertigt zu sein.

Am 19. März machte ich denn auch den gewöhnlich gebräuchlichen Einschnitt, um den Appendix zu entfernen. Nach Eröffnung des Peritoneums, zeigte sich, dass das Omentum fest mit der Oberfläche des Tumors verwachsen war und war die Lösung der Adhäsionen daher recht schwierig. Da nun zahlreiche kleine Gefässe des losgetrennten entzündeten Omentum ziemlich profus bluteten, wurde das betreffende Stück in toto excidirt. Jetzt zeigte sich der Tumor, aber das Bild war ein so eigenartiges, dass es anfangs unmöglich war zu entscheiden, um was es sich eigentlich handelte. Beim Ablösen des Tumors von der Innenseite entleerte sich ein Abscess von übelriechendem Eiter. Bei vorsichtigem Weiterarbeiten gelang es schliesslich nach Abtupfung des Eiters den Tumor, der an seiner Innenseite mit dem Coecum innig verwachsen war, frei zu legen. Der daumendicke Strang, welcher sich über die obere Aussenseite des Tumors hinzog, erwies sich als die Tube Fallopii, welche hoch nach oben gezogen war. Der entleerte Abscess war ein charkteristischer Ovarial-Abscess. Je näher man an dem Uterus kam, desto dünner wurde die langgeschlängelte Tube, so dass sie in einer Entfernung von etwa 1½—2 cm. vom cornu uteri nur die normale Dicke hatte. Der zwischen Coecum und Ovarium eingekeilte Appendix wurde dann abgelöst und entfernt. Dem Präparat nach zu urtheilen, ist es anzunehmen, dass wir es ursprünglich mit einer Appendicitis zu thun hatten, durch welche das nach oben gelagerte Ovarium und die Tube inficirt wurden, eine chronische Appendicitis bestehen blieb und zwar in Folge der innigen Verwachsung der Adnexa mit dem Appendix. Dadurch konnte eine Wanderung der Eiterungen stattfinden.

Unter gewöhnlichen Verhältnissen ist die Diagnose von Tumoren der Adnexa des Uterus nicht schwierig. Da aber in unserem Falle

dieselben nach oberhalb des kleinen Beckens verdrängt waren, und die Beckenorgane, d. h. Uterus und Adnexa der linken, sowie scheinbar auch der rechten Seite dem Gefühl nach normal waren und ausserdem der Tumor bimenuell gar nicht zu fühlen war, so schien doch die Annahme ausgeschlossen zu sein, dass die hauptsächlichsten pathologischen Veränderungen in den Beckenorganen zu suchen seien. Die Heilung verläuft ungestört.

Präs. Dr. W. Freudenthal: Der Verein hat wiederum den Verlust eines seiner Mitglieder zu beklagen. Im Laufe des Monats starb Dr. Karl Friedrich Steiger in beinahe vollendetem 53. Lebensjahr. Er war ein angesehener und ehrenhafter College. Ich ersuche Sie, sich zu Ehren seines Andenkens von den Sitzen zu erheben. (Geschieht).

Secr. Dr. A. Rose verliest ein eingelaufenes Schreiben der „New York Medical Society for the Advancement of the Practice of Medicine", in Bezug auf einen von derselben vorgeschlagenen Gesetzentwurf gegen den Missbrauch der Dispensaries und um die Collection ärztlicher Rechnungen zu sichern.

Präs. Dr. W. Freudenthal: Es würde wohl zu weit führen, die Beschlüsse hier vorzulesen. Was wünschen Sie mit dem Schreiben zu thun?

Dr. A. Seibert: Ich stelle den Antrag, die Angelegenheit dem Verwaltungsrath zur Berichterstattung zu überweisen. (Unterstützt).

Präs. Dr. W. Freudenthal: Ich lasse zunächst über den Antrag Seibert abstimmen. Diejenigen Herren, welche für den Antrag sind, wollen gefälligst „ja" sagen. (Geschieht). Der Antrag ist angenommen.

(Schluss in nächster Nummer).

Wissenschaftliche Zusammenkunft deutscher Aerzte.

110 West 34. Strasse.

Sitzung vom 26. Februar 1897.

Vorsitzender: Dr. Richard Stein.

VORSTELLUNG VON PATIENTEN.

Dr. Frederic Sondern stellt einen 13-jährigen Jungen mit Lues vor. Er ist das zweitjüngste von fünf Geschwistern. Drei sind gesund, ein jüngerer Bruder hat ebenfalls Schwellungen verschiedener Drüsengruppen. Die Familiengeschichte erweist sich in Bezug auf Lues vollkommen negativ. Vor etwa 9 Jahren hat der Kranke Typhus durchgemacht. Seit zwei Monaten sind seine Nackendrüsen geschwollen und vor einigen Wochen musste ein inguinaler Drüsenabscess geöffnet werden. Als Kind soll er weder irgend welche Hauteruptionen, noch Geschwüre dargeboten haben. Status präsens: Die Nacken,- Inguinal-, sowie die Drüsen über dem linken Epicondylus sind stark angeschwollen. Am Penis nichts nachzuweisen, doch besteht Alopecia und auf der linken Seite im Rachen hat er ausgeprägte Condylome. Knochen- und andere tertiäre Symptome fehlen.

Dr. S. Pollitzer hält es für möglich, dass eine Initialsclerose im Hals bestanden hat, dafür spreche die bedeutende Schwellung der Maxillardrüsen. Dr. Klotz hält den Nachweis des Primäreffects bei Kindern überhaupt oft für sehr schwierig, da er häufig ganz das Aussehen von Secundärerscheinungen habe.

Dr. Willy Meyer zeigt einen Fall, der den meisten noch von früheren Vorstellungen im Gedächtnisse ist. Pat. erlitt 1888 im Süden einen Unfall und wurde trepanirt. Im August wurde er hier zum ersten Mal wegen Rindenepilepsie operirt, indem der Knochen über der vorgewölbten Rindensubstanz breit entfernt und eine Celluloidplatte eingelegt wurde. Nach ca. halbjährigem Wohlbefinden stellten sich die Anfälle wieder ein, bis zu 100 in 24 Stunden, und im Februar 1895 wurde ein noch grösseres Gebiet von 3 Zoll im Quadrat freigelegt. Nachher Einlage einer 1-16 Zoll dicken Celluloidplatte. Wiederum Besserung, aber Rückkehr der Anfälle nach Jahresfrist. Es wurde deshalb im Februar 1895 zur dritten Operation geschritten, bei welcher nach Freilegung des Lappens die verdickte Dura halbmondförmig incidirt und nach Punktion des Gehirns mit negativem Resultat ein Silberthalergrosses Stück der grauen Substanz des Frontallappens excidirt wurde. Secundärnaht, prima intentio.

Patient blieb jetzt im Norden und wurde Conducteur in Hoboken. Nach 5 Monaten stellten sich wiederum Anfälle ein in Form von plötzlichem Einschlafen mit mässigen Zuckungen, welche stets im rechten Arm begannen. Pat. unterzog sich deshalb einer vierten Operation am 19. October 1896. Der Sulcus Rolandi wurde freigelegt und das Centrum für die rechte obere Extremität excidirt. Im Momente des Schneidens fühlte die Schwester dieselbe sich bewegen. Nachher machte Pat. eine leichte Pachymeningitis mit neuritischen und Lähmungserscheinungen im Gebiete der rechten oberen Extremität und des Facialis durch, die aber nach einigen Wochen unter Jod- und Quecksilberbehandlung gänzlich zurückging. — Der Patient ist nicht geheilt, sein Zustand hat sich aber insofern bedeutend gebessert, als die Anfälle, die früher wild delirirend waren, jetzt nur in leichten Bewusstseinsstörungen mit mässigen Zuckungen bestehen. Zudem geht denselben eine deutliche Aura voraus, welche es dem Manne ermöglicht, sich vor dem Auftreten des Anfalls in irgend ein benachbartes Haus zum Schutze zu begeben. Der Vortragende hat keine Neigung, es noch weiter mit Operationen zu versuchen.

Dr. Carl Koller erwähnt in der Discussion Versuche, welche er vor 15 Jahren am Wiener pathologischen Institute an zwei Affen gemacht hatte, denen das motorische Rindencentrum auf der einen Seite exstirpirt wurde, und welche darnach über ein halbes Jahr am Leben erhalten werden konnten, was bis dahin nie geglückt war. Einige Wochen nach der Operation stellte sich die Function des betreffenden Armes wieder her. Die Wiederherstellung der Function in dem uns hier beschäftigenden Krankheitsfall entspricht vollkommen dem Ausgang der physiologischen Experimente und ist seitdem durch eine Reihe von anderen Beobachtungen bestätigt worden.

Dr. F. Leviseur stellt eine 43-jährige Frau vor, welche ihm am 31. Dezember vorigen Jahres zugeschickt wurde. Fünf Wochen vor-

her hatte sie einen juckenden Ausschlag auf beiden Fusssohlen, welcher sich rasch über den ganzen Körper verbreitete. Es waren verschiedene Salben ohne Erfolg applicirt worden, die zuletzt angewandte schien die Haut stark gereizt und das vorher schon vorhandene Jucken ausserordentlich gesteigert zu haben. Es war unschwer, die Diagnose Lichen ruber acuminatus zu machen. An den Streckseiten der Vorderarme waren die Knötchen besonders ausgebildet, eine grosse Anzahl sogar so gross, glänzend und gedellt, dass man an eine Mischform von Lichen acuminatus und Lichen ruber planus, so wie sie kürzlich beschrieben wurde, denken konnte. Interessant war auch ein Fleck, rechts oben an der Stirn. Urin frei von Zucker und Eiweiss. Das Allgemeinbefinden der Pat. war in Folge gestörter Nachtruhe und Jucken bedeutend heruntergekommen. Unter der Anwendung von warmen Bädern, einer 20-proz. Salicylsalbe und Salol mit Menthol innerlich, gingen die acuten Entzündungserscheinungen etwas zurück. Doch trat eine entschiedene Besserung erst vom 16. Januar ab ein, als die Pat. Sol. Fowleri 3 Tropfen dreimal täglich in langsamer Steigung bis zu 6 Tropfen einnahm. Am 3. Februar waren die Knötchen fast überall verschwunden. Jucken sehr gering, nur ab und zu vorhanden. Es bestand indessen eine tiefbraune Pigmentation. Wegen dieser Verfärbung stellt der Vortragende die Pat. vor.

Es ist bekannt, dass Lichen ruber planus und Licher acuminatus, wie auch lich. rub. verrucosus mit Pigmentbildungen einherzugehen pflegen, ebenso, dass bei Lich. rub. acum. die Pigmentation ganz besonders deutlich ausgeprägt ist. Schwimmer z. B. beschreibt einen Fall von Lichen ruber acuminatus, bei welchem die ganze allgemeine Decke des Kranken, mit Ausnahme einiger weniger Stellen, sepia- und veilchenblaue Flecken zeigte und auch Thoerok berichtet über einen Fall mit ausgesprochener Pigmentation.

Im Gefolge von Psoriasis, von luetischen Exanthemen, von Pemphigus, von Eczemen (besonders der Unterschenkel), von Furunkeln und pruriginösen Ausschlägen im allgemeinen tritt ab und zu Pigmentation auf. Erinnert sei an die sogenannte Pigmentsyphilis, den Morbus Addisonii, nach längerer Arsenikbehandlung, im Beginne der Schwangerschaft, nach ganz geringfügigen äusseren Reizen. Auch die Pigmentation bei Xeroderma, Lepra, Sarcomen, Carcinomen, Warzen, Muttermälern und Sommersprossen mag hier erwähnt werden.

Nach dem jetzigen Stand unserer Kenntnisse müssen wir wohl zwei Arten von Pigment unterscheiden, 1) das hämatogene Pigment, welches aus einer eisenhaltigen und einer eisenfreien Substanz zu bestehen scheint (Hämatoidin und Hämosiderin), und 2) das cellulogene eisenfreie Melanin. Die Theorie der Pigmentwanderung mittelst der chromatophoren Zellen ist aufgegeben worden. Aber obgleich man die Bildung des Melanins mit den Lebensvorgängen des Protoplasmas der Zelle in innigen Zusammenhang bringt, so darf man nicht vergessen, dass dieser Vorgang von gröberen oder feineren Schwankungen im Ernährungszustand des Coriums und seiner Gefässe abhängig sein muss. Vielleicht spielen Eigenthümlichkeiten histopathologischer Natur beim Zustandekommen der Pigmentation beim Lichen eine

Rolle. Ebenso wie beim Lichen planus beginnt der pathologische Process beim Lich. ruber acuminatus im Corion. Während aber beim Lichenplanusknötchen die Infiltration mehr diffus ist, spielt sich beim acuminatus der ganz Vorgang mehr um den Haarbalg ab. Kleinzellige Infiltration drängt die äussere und innere Wurzelscheide auseinander. Es bildet sich ein aus reichlichen Granulationszellen und neugebildeten Blutgefässen bestehendes Exsudat. Die basale Reteschicht weist tiefbraunes Pigment auf.

In Fällen, wie der vorliegende, muss man sich allerdings die Frage stellen, welche Rolle spielt die Arsenikmedication beim Zustandekommen der Pigmentation, die sich an allen Stellen des mehr oder weniger zurückgegangenen pathologischen Processes gebildet hat. Hebra's Originalfälle von Lichen ruber acuminatus verliefen alle letal, und die Gutartigkeit der heutzutage beobachteten Fälle muss der Wiener Schule nach der Arsenmedication zugeschrieben werden. Es sind deshalb Fälle von Lich. rub. acum., die ohne Arsenik behandelt worden sind, sehr selten. Vielleicht können wir uns die Beziehung zwischen Pigmentation und Arsenik so denken, dass durch die prompte Wirkung des ersteren durch die Verminderung der Infiltrate und das Verschwinden der Knötchen günstigere Bedingungen zum deutlichen Erscheinen einer vorhandenen und mit dem histopathologischen Process verknüpften Pigmentation gegeben sind.

D. H. Klotz findet den Begriff des Lichen rub. acum. noch etwas zweifelhaft und glaubt, dass wir es hier vielleicht mit einem planus mit allerdings atypischer Form zu thun haben. Auch stellt er der günstigen Arsenwirkung Zweifel entgegen. Er wird im ersten Punkte von Dr. J. Oberndorfer unterstützt, doch spricht sich der letztere günstiger über den Arsenik aus. Dr. S. Pollitzer hält den Fall für einen seltenen, da er noch keinen mit so ausgesprochener Pigmentation gesehen habe. Vielleicht dass dieselbe zum Theil dem Arsenik zuzuschreiben ist. Dr. L. Heitzmann glaubt nicht, dass Lichen ruber durch Arsenik geheilt werden könne und ist mehr für locale Mittel. In seinem Schlusswort betont Dr. Leviseur noch einmal, dass es sich nach seiner Ansicht hier um einen der zuerst von Hebra beschriebenen Fälle von L. r. a. handle, es sei allerdings der erste, den er hier in Amerika sehe.

Dr. Z. Moschowitz stellt einen 23-jährigen Mann vor, welcher in Russland geboren und der dritte von 8 Geschwistern ist. Die Familiengeschichte ist in jeder Hinsicht negativ, keines der lebenden Geschwister zeigt irgend welche Missbildung. Pat. wurde in Steisslage, doch ohne besondere Schwierigkeiten geboren. Schon bald nach der Geburt war die Grösse der linken unteren Extremität auffallend und das Missverhältniss hielt Schritt mit dem allgemeinen Wachsthum bis zum 13. Jahre. Pat. kam nach der chir. Abtheilung des Mount Sinai Hospitals wegen einer Ulceration am Dorsum der linken zweiten Zehe, welche selbst in Stellung einer sogenannten „Hammerzehe" luxirt war. Die Ulceration führte durch einen Fistelgang in das zerstörte Gelenk.

Fiel schon bei oberflächlicher Untersuchung die enorme Grösse des betreffenden Fusses auf, so ergab eine genauere Untersuchung,

dass es sich um einen Fall von angeborenem partiellen doppelseitigen Riesenwuchs handle.

Die linke untere Extremität ist über 4 Zoll länger als die rechte, welcher Umstand zu einer compensatorischen Scoliose der Wirbelsäule führte. Die Volumzunahme der Extremität erstreckt sich nach jeder Richtung, ausgenommen sind nur die 4. und 5. Zehe, welche eher verkümmert sind. Auf der rechten Seite im Gegentheil nimmt nur die 4. und 5. Zehe am Riesenwuchs theil. Wie in allen gut beobachteten Fällen von Riesenwuchs sehen wir auch hier die ausgesprochensten Teleangectasien und tiefe Angiome, so dass im linken Schenkel faustdicke Stränge von geschlängelten Venen durchzufühlen sind.

Ein umfangreicher Nävus, an manchen Stellen exulcerirt, erstreckt sich an der rechten Seite vom Perineum um den Oberschenkel und die untere Portion der Bauchwand. Eine weitere Missbildung besteht auch in doppelseitigem Kryptorchismus.

Dr. I. Adler findet den Fall sehr interessant und bemerkenswerth. Auch sind diese Fälle im ganzen recht selten. Was das Verhältniss zur Acromegalie anbetrifft, von dem hier vorhin die Rede war, so ergeben sich doch ganz wesentliche und principielle Unterschiede. Die vorliegende Affection ist eine angeborene, congenitale, während die Acromegalie sich meist nach der Pubertät entwickelt. Ist bei der Acromegalie das ganze Skelett oder doch der grösste Theil desselben afficirt, so sind hier Kopf, Rumpf und obere Extremität vollkommen frei. Der Fall muss als partieller Riesenwuchs aufgefasst werden. Besonders interessant ist auch hier wie an den meisten der beschriebenen Fälle, die exquisite Betheiligung des Gefässsystems. Am wenigsten scheinen sich die Muskeln an der Hpertrophie zu betheiligen. Inwieweit auch in dieser Klasse von Affectionen, die ja sicherlich mit Aeromegalie, mit Leontiasis ossea und mit bestimmten Arten von Elephantiasis einige Verwandtschaft haben, Erkrankungen respective Verbildungen innerer Organe, speciell der Hypophysis cerebri, eine Rolle spielen, ist heute noch nicht abzusehen.

Dr. A. Herzfeld stellt einen 63½ Jahre alten Mann vor. Die Anamnese ergibt keine Lues weder in der persönlichen, noch in der Familiengeschichte. Seit 30 Jahren besteht Nierengries. Im November 1895 Pleuritis. Seit 11½ Jahren bemerkt Patient indolente Drüsenschwellungen am ganzen Körper. Klagt seither über Kurzathmigkeit, grosse Schwäche, Appetitlosigkeit, und ganz besonders über grosse Schmerzen in der rechten Lumbalgegend. Am 30. April 1896 sah der Vortragende den Patienten zum ersten Mal. Er hat das Aussehen eines sehr kachektischen und abgemagerten Mannes. Die Inguinaldrüsen sind am stärksten vergrössert, ragen in Faustgrösse aus dem abgemagerten Körper hervor, dann folgen in aufsteigendem Sinne die Axillardrüsen wallnussgross, die Cervical-, Sublingual- und postauriculären Drüsen. Percutorisch sind Drüsenschwellungen im Mediastinum und Subclavicular nachzuweisen. Von Seiten der Lungen besteht rechts alte Pleuritis. Am Herzen ein inconstantes anämisches Geräusch. Milz percutorisch am Rippenrande. Rechts im Abdomen eine auf Druck schmerzhafte, tief liegende Resistenz. Die Zahl der

rothen Blutkörperchen normal, weisse beträchtlich vermehrt. Mehrkernige Leucocyten, zum Theil eosinophil. Hämoglobin 85 Prozent. Aus dem obigen Befunde machte er die nächstliegende Diagnose der Leucämie und gab Patienten Liq. Fowleri ohne jeden Erfolg. Die Hautfarbe wurde allmälig dunkler und schliesslich dunkelbraun. Die Leucocyten bildeten sich sehr bald zurück, doch die übrigen Erscheinungen bestanden fort und so wurde die Diagnose in Pseudoleucämie umgeändert. Am 4. October sah Dr. I. Adler den Pat. mit ihm und bestätigte die Diagnose Pseudoleucämie mit wahrscheinlicher Erkrankung der Nebennieren. Er lenkte die Aufmerksamkeit des Vortragenden auf die von Ziemssen vorgeschlagene Behandlung der Pseudoleucämie mit subcutanen Arseninjectionen. Vom 9. October bis 14. December wurden 25 Injectionen gemacht mit einer einhalbprozentigen wässerigen, mit Normalnatronlauge versetzten Arsenigsäurelösung. Die Dosis, anfangs 0,2, stieg schnell auf eine ganze Pravaz'sche Spritze. Die Injectionen waren bei diesem Pat. schmerzhaft, doch ist dies individuell. Schon nach der sechsten Einspritzung konnte eine Besserung des Allgemeinbefindens constatirt werden. Am 14. December wurden die Einspritzungen sistirt, gezwungen durch in beiden Fusssohlen auftretenden Anästhesien und Parästhesien, vielleicht durch das Arsenik verursacht.

Bei diesem Pat. hat diese Behandlung bis dato einen ausgeprägten günstigen Erfolg gehabt und nur die noch ein wenig geschwollenen Inguinaldrüsen erinnern noch an seine Krankheit. Es ist das zwar eine kurze Beobachtungsdauer, doch kann man heute die Prognose als bona bezeichnen, die Dr. Adler damals als mala stellen musste, umsomehr als Pat. seitdem nicht mehr injicirt worden ist. Dr. Herzfeld stellt diesen Pat. deswegen vor, um auf die Behandlungsmethode aufmerksam zu manchen, die in dieser scheinbar hoffnungslosen Affection wenigstens in einigen seltenen Fällen Heilung brachte.

Dr. J. Adler bemerkt, als er den Fall zuerst sah, habe er zuerst an Addison gedacht, allein die Drüsenschwellungen und die Progredienz der Krankheit legten den Gedanken an Sarkom und zwar bei der Braunfärbung der Haut an Sarkom der Nebenniere nahe. Er stellt die Frage, ob es sich in dem vorliegenden Falle nicht veilleicht um eine besondere Krankheitsform handeln könnte, vielleicht infectiöser Natur. In Bezug auf die Arsenikbehandlung berichtet er über günstige Beobachtungen, welche er mit der Anwendung dieses Mittels per Rectum machte. Selbst in Fällen von Idiosynkrasie wurde es zuweilen in dieser Form ertragen.

VORSTELLUNG VON PRAEPARATEN.

Dr. J. Adler zeigt drei Magenpräparate. Das erste rührt von einem Patienten her, welcher während 6 Monaten über mässige Magenbeschwerden geklagt hatte und bei dem sich ein Tumor constatiren liess, der Anfangs für einen Tumor eines benachbarten Organes angesehen wurde. Derselbe wuchs rasch und die Section ergab eine in weitem Umfange krebsig infiltrirte Magenwand ohne Betheiligung des Pylorus. Der zweite Patient wurde 8 Wochen vor seinem Tode an typhusähnlichen Erscheinungen behandelt. Schmerzhaftigkeit des Abdomens, aber gänzlicher Mangel von direct auf den Magen weisen-

den Symptomen. Im unteren Theile des Abdomens Ascites, welcher punctirt wurde, wobei ungefähr 7 Quart Flüssigkeit sich entleerten. Pat. starb 24 Stunden darauf. Erst in den letzten Tagen Erbrechen. Der anatomische Befund war alte abgelaufene fibrinöse Peritonitis mit zahlreichen Verwachsungen, durch welche im oberen Theil des Abdomens Magen und Gedärme zu einem einzigen Conglomerat gemacht wurden. Beckenorgane frei. Der Magen zeigt ein mächtiges wandständiges Carcinom. Pylorus nicht stenosirt. Im dritten Fall handelte es sich im Gegensatz um ein Pyloruscarcinom. Die Patientin hatte heftiges Erbrechen. Zuerst konnte kein Tumor nachgewiesen werden, doch ergab die chemische Untersuchung keine freie HCl und Spuren freier Milchsäure, später konnte auch ein Tumor in der Seitenlage unter dem rechten rectus gefühlt werden. Es wurde die Operation empfohlen, doch mussten schon in der Narkose Salzwasserinfusionen gemacht und die Operation unterbrochen werden. Die Pat. starb darauf an Erschöpfung.

Dr. Percy Fridenberg zeigt eine Anzahl Röntgenphotographien, durch die es ihm gelang, Schrotkörner die in die Orbita und die Schädelknochen gedrungen waren, genau zu localisiren.

Schluss und Vertagung.

Alfred Michel, Secretär.

Wissenschaftliche Sitzung der Aerzte der Deutschen Poliklinik.

Sitzung vom 19. März 1897.

Der Vorsitzende, Dr. H. Boldt, macht der Versammlung Mittheilung von einem Gesetzentwurf zur Regulirung des Hebammenwesens im Staate New York, den er der Legislatur zu übermitteln hofft. Hauptpunkte seiner Forderungen sind: 1) Regeln für Desinfection der Hebamme und der Kreissenden; 2) eine gewisse Schulbildung; 3) Garantie für den moralischen Character; 4) die Hebammen dürfen nicht an ansteckenden Krankheiten leiden, keine Warzen an den Händen haben (wegen Schwierigkeit der Desinfection), kein Eczem o. drgl.; 5) strenge Controlle der sog. Hebammeninstitute; ein bestimmter Lehrcursus mit genügendem Lehr- und Lehrermaterial; Staatsprüfung vor einer staatlichen Commission. — An der Discussion betheiligten sich die Herren Drs. M. Aronson, M. Romm, T. Rottenberg, sen.

Dr. M. Romm stellt einen Patienten Dr. C. Beck's vor, welcher selbst am Kommen verhindert ist. Es handelt sich um einen Fall von Anus praeternaturalis mit ausserordentlich ausgedehntem Prolaps des Darms. Der 40-jährige Patient erkrankte Ende letzten Jahres unter heftigen Schmerzen in der Nabelgegend. Trotz sehr heftiger Schmerzen wurde ärztliche Hilfe erst 14 Tage später in Anspruch genommen, als Patient unter Erbrechen und grossen Schmerzen zusammenbrach. Am 8. December im St. Marks Hospital aufgenommen, wurden bei dem Patienten constatirt: Hohe Temperatur, kleiner frequenter Puls, Erbrechen, Constipation, Dämpfung in der rechten Darm-

beingrube. — Diagnose: Appendicitis perforativa. Operation ergab Gangrän des Appendix und der Coecalwand, Eiteransammlung bis in das kleine Becken hinab. Auf eine kurze Erholung nach der Operation folgte alsbald Somnolenz und wurde wiederholt Eiterretention in der Nachbarschaft gefunden und entleert. Mitte Februar wiederum Somnolenz, Fieber, Erbrechen. Untersuchung in der Aethernarkose ergab einen nicht vermutheten Abscess in der Gegend des prolabirten Darms, der bis zum Leberrand reichte. Nach Eröffnung des Abscesses schnelle Besserung. Der Anus praeternaturalis wird wohl bald geschlossen werden können.

Dr. W. Hirsch stellt einen Patienten mit einseitiger (linker) Stimmbandlähmung vor. Vor einem Jahre hatte er sich in den harten Gaumen geschossen, worauf er in bewusstlosem Zustande ins Hospital geschickt wurde. Nach wiedererlangtem Bewusstsein wurde Aphonie constatirt. Status praesens: Zurückgetretensein des linken Bulbus, Verengerung der linken Pupille, Lähmung mit Entartungsreaction der linken Zungenmuskulatur, Parese des linken Gaumensegels, Tachycardie, also Symptome von Lähmung des Sympathicus, Vagus, Hypoglossus. Mittelst Fluoroscop wurde die Kugel im Nacken, an der Kreuzungsstelle der genannten Nerven, constatirt. — An der Discussion betheiligte sich Dr. W. Freudenthal.

Dr. H. Vineberg demonstrirt Präparate von ihm operirter Fülle. Multiloculäre Cyste des Ovariums; Tuberculosis uteri et peritonei. Er spricht eingehend über letzteren Fall. — An der Discussion betheiligen sich die Herren Drs. Boldt, Freudenthal und Hirsch.

Dr. W. Freudenthal berichtet über einen Patienten, der einen ¼ Zoll aus der Nase hervorragenden und starke tägliche Epistaxis verursachenden Nasenpolypen zwei Jahre lang mit sich herumtrug.

Dr. M. Romm berichtet über einen Fall von Fremdkörper im Kehlkopfeingang, den er zusammen mit Dr. F. W. Lilienthal bei einem 4 Wochen alten Säugling entfernte. Das 4 Jahre alte Brüderchen hatte in Abwesenheit der Mutter dem Baby eine mit Draht umwundene Bleiplombe in den Rachen gestossen.

Schluss der Sitzung um halb 11 Uhr.

M. Romm, Secr.

EDITORIELLES.

Die neue Phase im Kampfe Tuberculin versus Tuberculose.

Als am 4. August 1890 Virchow, Lister und Koch den 10. Internationalen medicinischen Congress in Berlin eröffneten und Robert Koch, ,,gegen seine sonstige Gewohnheit, über noch nicht abgeschlossene Versuche Mittheilungen zu machen,'' seinen aus allen Ländern herbeigeeilten Zuhörern die Aussicht auf ein specifisches Heilmittel gegen die Tuberculose eröffnete, da hatte jeder der Anwesenden das Gefühl, dass er am Vorabend eines der bedeutensten Ereignisse in der Geschichte der Menschheit stehe und Telegraph und Zeitungen impften dieses Gefühl der ganzen civilisirten Menschheit ein. Am 17. November erschienen die mit Spannung erwarteten „Weiteren Mittheilungen über ein Heilmittel gegen die Tuberculose,'- Koch gab sein neues Mittel aus der Hand und mit Begeisterung stürzten sich die Aerzte auf das Tuberculin und mit diesem auf die Patienten. Dem unbeschreiblichen Siegestaumel, der in den nächsten Monaten Alles beherrschte, folgte eine furchtbare Ernüchterung: die Tuberculose nahm ihre gewohnten Prozente und das Tuberculin, ,,der grösste Segen der Menschheit'', sank zu einem allerdings recht schätzenswerthen Diagnosticum der latenten Rinderpest herab. Liegt etwas geradezu Tragisches in dieser Umwandlung der Stimmung, so kann man einem Manne, der wie Robert Koch, trotz dieser ungeheuren Enttäuschung unbeirrt an seinem Werke weiterarbeitete, die Bewunderung nicht versagen. Die Frucht seiner mehrjährigen Forschung brachte er soeben in einer Arbeit „Ueber neue Tuberculinpräparate'' (Deutsche med. Wochenschrift 1897, No. 14) vor die Oeffentlichkeit und wir geben dieselbe hier im Auszug wieder.

Früher stellte man sich die Immunisirung, auf die schliesslich jede therapeutische Anwendung der Bakterien oder ihrer Producte hinausläuft, als etwas einfaches und Untheilbares vor. Man hat aber gelernt, dass sie sich aus zwei oder mehr Componenten zusammensetzen kann. Ein Beispiel, wo die Immunisirung auf die Bakterien selbst ohne Einfluss ist, dagegen ihre giftigen Producte paralysirt, gibt die Tetanusbehandlung mit Behring's und Kitasato's Culturflüssigkeiten: reine Giftimmunität. Andererseits ist es Pfeiffer gelungen, mit frischen Agarculturen Thiere gegen Typhus- und Cholerabacillen, nicht aber gegen deren Toxine zu immunisiren:

bacterielle Immunität. Das Ideal wird also eine gegen alle Schädlichkeitscomponenten wirksame Immunisirung sein.

Scheinen bei der Tuberculose die Aussichten auf Erreichung dieses Ideales a priore ungünstig zu sein, da ja erfahrungsgemäss bei Jahre lang bestehender Tuberculose die Empfänglichkeit für die Tuberkelbacillen zu-, nicht abnimmt, so haben andererseits Koch seine Experimente gelehrt, dass in Fällen, wo der Körper in kurzer Zeit mit Tuberkelbacillen überschwemmt wird, — Miliartuberculose des Menschen und experimentelle Tuberculose des Meerschweinchens — ein Stadium eintritt, wo die anfangs in grosser Menge vorhandenen Bacillen gänzlich verschwinden. Leider setzt dieser Selbstheilungsprocess erst zu spät ein.

Diesen Zustand bakterieller Immunität, den er der Natur abgelauscht hatte, suchte nun Koch in einem Frühstadium der Krankheit, wo sie noch nützen kann, hervorzurufen.

Allein alle Versuche, die unveränderten lebenden oder auch abgetödteten Tuberkelbacillen in einigermassen grösserer Menge vom subcutanen Gewebe, von der Bauchhöhle oder von der Blutbahn aus zur Resorption zu bringen, missglückten Koch, wie auch vielen anderen Forschern. Eine grössere Resorption wurde allerdings erreicht, nachdem man die Tuberkelbacillen mit verdünnten Mineralsäuren oder mit starken Alkalien bei Siedehitze behandelt hatte. Allein nach diesen Verfahren blieb die immunisirende Wirkung aus, wohl in Folge zu tief greifender Veränderung der Bacillensubstanz.

Koch ging deshalb dazu über, unter Verzicht auf die Gesammtmasse der Tuberkelbacillen resorbirbare Bestandtheile aus denselben zu extrahiren und dieselben zu Immunisirungszwecken zu benutzen. Durch Glycerinextraction fand er das Tuberkulin, für das er an dieser Stelle wiederum als einem vorzüglichen diagnostischen Hülfsmittel und in vielen Fällen selbst Toxinimmunisirenden Heilmittel in die Schranken tritt. Da aber das Streben auf eine auch bakteriell immunisirende Substanz gerichtet war, so langte Koch auf dem Umwege von Experimenten mit 1-10 Normalnatronlauge-Tuberkelbacillenextract zu der Idee, die Tuberkelbacillen, wenn sie in unzerstörtem Zustande unter keinen Umständen resorbirt werden, mechanisch soweit zu zertrümmern, dass sie für die resorbirenden Elemente des Körpers besser angreifbar gemacht würden. An gut getrockneten Culturen, welche im Achatmörser lange Zeit verarbeitet wurden, nahmen die färbbaren Bacillen an Zahl ab, so dass schliesslich nur noch wenige ganze Bacillen übrig blieben. Um auch diese sicher zu entfernen, wurde die so gewonnene Substanz in destillirtem Wasser vertheilt und durch ein kräftiges Centrifugiren (4000 Umdrehungen in der Minute, eine halbe bis dreiviertel Stunde lang) liess sich die Flüssigkeit in eine obere vollkommen klar durchsichtige, weisslich opalescirende Schicht, welche keine Bacillen mehr enthielt und welche mit TO bezeichnet wird, und einen schlammigen Bodensatz TR trennen. Indem der letztere getrocknet, wie vorher bearbeitet und wieder centrifugirt wird, wurde die ganze Masse der Cultur in eine Reihe klarer Flüssigkeiten verwandelt; die zweite und folgenden Flüssigkeiten verhal-

ten sich chemisch und physiologisch gleich und führen alle den Namen TR.

Das TO enthält die im Glycerin löslichen Theile der Bacillen, TR die unlöslichen, so entspricht das erstere auch in seiner Wirkung dem alten Tuberculin, welches ja bekanntlich ein Glycerinextract der Tuberkelbacillen darstellte. Das TR wirkt entschieden immunisirend. Es umfasst alles, was im Tuberkelbacillus an immunisirenden Substanzen enthalten ist, ein gegen TR immunisirter Mensch reagirt auch nicht mehr auf grosse Dosen von Tuberculin oder TO. Unerlässliche Bedingung bei der Darstellung des TR ist, dass man dazu nur hochvirulente Culturen verwende. Die wenig virulenten liefern auch wenig oder selbst ganz unwirksame Präparate. Die Anwendung und Dosirung ist eine sehr einfache. Das TR wird conservirt mit einem Zusatz von 20 Prozent Glycerin abgegeben. Die Flüssigkeit enthält in 1 ccm. 10 mgr. feste Substanz und ist für den Gebrauch durch Verdünnung mit physiologischer Kochsalzlösung auf die gewünschte Dosis zu bringen. Man beginnt mit 1-500 mgr; die Einspritzungen werden jeden zweiten Tag unternommen unter so langsamer Steigerung, dass höhere Temperatursteigerungen als um ½ Grad C. vermieden werden. Man geht bis 20 mg.

Es muss betont werden, dass Koch gute Resultate von seinem neuen Präparat nur in den Fällen erwartet, die im Anfangsstadium zur Behandlung kommen und die noch durch keine Mischinfectionen, Streptococcen, Septicämie etc. complicirt sind. Auch bei Kranken, deren Temperatur über 38 Grad hinausgeht, erwartet er nur in Ausnahmsfällen einen Erfolg. Beängstigende Nebenwirkungen blieben bis jetzt vollständig aus. Vielleicht wird sich die TR-Behandlung mit TO oder mit Serumpräparaten combiniren lassen, hingegen hält Koch eine Verbesserung der Präparate selbst für ausgeschlossen. Etwas Besseres lässt sich in dieser Art nicht darstellen und was überhaupt mit Tuberkelculturen zu erreichen ist, das muss mit diesen Präparaten zu erreichen sein.

Die Cardinalfrage, welche sowohl für die ärztliche Welt und noch mehr für die Patienten jedes andere Interesse in den Schatten stellen muss, ist selbstverständlich die Frage, ob wir es nun endlich mit einem specifischen Heilmittel gegen die Krankheit zu thun haben, welche trotz aller Bemühungen der Hygiene und der Medicin noch so viele trostlose Fälle liefert. Diese Frage kann natürlich nur mit der Zeit beantwortet werden, nachdem an Kliniken und in der Privatpraxis das neue Präparat erprobt worden ist. Die katzenjämmerliche Stimmung, welche vor 6 Jahren der masslosen Begeisterung für das alte Tuberculin folgte, sorgt genügend dafür, dass man die mitgetheilten Resultate diesmal mit mehr Kaltblütigkeit und mehr Kritik aufnehmen wird, als es damals der Fall war.

Inzwischen beschäftigt sich die medicinische Presse noch mit einigen Fragen von secundärer Bedeutung. Einerseits rief

Koch's Veröffentlichung einer Entgegnung von Hans Buchner in München, welcher in einem Artikel „Zu Robert Koch's Mittheilung über neue Tuberculinpräparate" (Berlin. Klin. Wochenschrift No. 15, 1897) die Priorität der Idee, Bakterienzellen mechanisch zu zertrümmern, für seinen Bruder Eduard Buchner in Anspruch nimmt. Hans Buchner schreibt:

Nach seiner (Koch's) Darstellung führten ihn misslungene Versuche einer Extraction mit Natronlauge auf die Idee, die Tuberkelbacillen selbst mechanisch zu zertrümmern, um auf diese Weise deren unveränderte Inhaltsstoffe direct zugänglich zu machen. Obwohl nicht bezweifelt werden soll, dass Koch, dem Wortlaut seiner Mittheilung entsprechend, diese Idee selbstständig gefasst hat, so ist doch zu erwähnen, dass meine Untersuchungen „Ueber pyogene Stoffe in der Bakterienzelle von 1890 die Fachgenossen zuerst auf das Vorkommen wirksamer Stoffe im Innern dieser kleinsten Zellen überhaupt aufmerksam gemacht haben. Hierdurch angeregt gelangte dann mein Bruder Eduard Buchner (z. Z. ao. Prof. der Chemie an der Universität Tübingen) 1893 dahin, Bakterienzellen mechanisch zu zertrümmern, um die Inhaltstoffe unverändert zu gewinnen. Dieses Verfahren wurde auf seine Veranlassung von den Farbwerken vorm. Meister, Lucius & Brüning, Höchst a. M., dem Kaiserlichen Patentamt in Vorlage gebracht, der Patentspruch aber schliesslich abgelehnt. Wäre das Patent damals ertheilt worden, so hätte sich Koch, der jetzt im Wesentlichen das gleiche Verfahren anwendet, dadurch zwar nicht an der wissenschaftlichen Verfolgung seiner Arbeiten, wohl aber an der anderweitigen Verwerthung derselben verhindert gesehen.

Hans Buchner selbst suchte nach seinem äusseren Misserfolg nach einer weiteren Verbesserung der 93er Methode und glaubt dieselbe in der vorgängigen Zerreibung der Zellen mit nachfolgender Auspressung der zerriebenen Zellen bei einem Druck von 4 bis 500 Atmosphären gefunden zu haben. Dieses neue Verfahren wurde in seiner Anwendung auf Bierhefezellen von Eduard Buchner bereits im Januar laufenden Jahres publicirt (Ber. d. D. chem .Gesell., Vol. 30, S. 117). Buchner hält Koch's Verfahren für umständlicher und für den Darsteller gefährlicher, möchte aber vor Allem gegen die „hochtrabend klingenden" Schlusssätze Koch's Protest einlegen, so lange man nicht mit seinen Tubercelbacillenpresssäften Immunisirungsversuche gemacht hat.

Die Prüfung der Verhältnisse, soweit sie sich bis jetzt überblicken lassen, ergibt, dass Koch und die Brüder Buchner eben nebeneinander selbstständig mit ähnlichen Methoden gearbeitet haben, und einen definitiven Entscheid in der hängenden Prioritätsfrage wird man wohl erst nach weiteren Veröffent-

lichungen fällen können. Ebenso können die Ausfälle auf Koch, welche ihm in europäischen und hiesigen Zeitungen „Geschäftskniffe" vorwerfen, weil er seinen im April veröffentlichten Artikel auf den November zurückdatirt, nur kleinlich berühren im Angesicht der grossen und idealen Hauptfrage, vor der wir wiederum stehen. Dass Koch seine Veröffentlichung nicht vor das Publikum bringen wollte, bevor ein Geschäftshaus alle die technischen Hülfsmittel zur Darstellung aufgestellt und erprobt hatte, hat doch sicherlich nichts Befremdendes an sich, um so mehr als Koch selbst während dieser ganzen Zeit in Südafrika und Indien mit anderen wissenschaftlichen Arbeiten vollkommen in Anspruch genommen war. Vielleicht wird auch K l e b s jetzt mit neuen Untersuchungen über sein Tuberculocidin auf dem Streitplatz erscheinen.

Allein Koch, Klebs oder Buchner, Tuberculin oder Tuberculocidin, TO oder TR: Sind wir dem Ideal eines Specificum gegen die Tuberculose näher gerückt? Das ist die Hauptfrage.

Therapeutische und klinische Notizen.

— Im Centralblatt für Chirurgie, No. 20, Mai 1897, spricht Dr. W. Zeuge von Manteuffel in Dorpat sich für den Gebrauch von Gummihandschuhen in der chirurgischen Praxis aus, um dadurch dem Ideal eines aseptischen Operirens möglichst nahe zu kommen. Wie die Versuche Kümmells, Fürbringer's und Anderer, sowie die Demonstrationen von v. Bergmann auf dem vorletzten internationalen Congress bewiesen, können wir mit den bis jetzt gebräuchlichen Desinfectionsmethoden nur eine relative Keimfreiheit unserer Hände erreichen und ein aseptischer Wundverlauf wird stets zu einem guten Theil von den vitalen Eigenschaften der Körpergewebe des Operirten abhängen. Deshalb kam v. Manteuffel auf die im Uebrigen nicht ganz neue Idee, mit ausgekochten Handschuhen zu operiren und er räth deren Gebrauch besonders an bei Operationen an septischen und bei Operationen an reinen Wunden, wenn der Arzt vorher mit septischen Gegenständen in Berührung kam oder sich selbst wegen kleinen Verletzungen an seiner Hand vor Infection schützen will.

— Nach den am 26. Chirurgencongress in Berlin vorgebrachten Narcosestatistik kamen im Zeitraum der letzten 7 Jahre auf 327,599 Narcosen 134 Todesfälle, d. h. einer auf 2,444.

— Im Archiv für Derm. und Syph. (Bd. 39, Heft 1) giebt Bloch eine Zusammenstellung der in der dermatologischen Universitätsklinik von 1880—1895 beobachteten Fälle von extragenitaler syphilitischer Infection. Im ganzen wurden 93 extragenitale Primäreffecte gesehen, d. h. bei 4,1 Prozent aller behandelten Patienten. Die Frauen betheiligten sich an der extragenitalen Infection mit einer verhältnissmässig grösseren Zahl als die Männer. Der Sitz der Primäraffecte war: an den Lippen, an der Zungenspitze, an den Tonsillen, an der Bindehaut der Augenlider, an den Wangen, an den Nasenflügeln, am Kinn, an der Mamma, an den Fingern, am Abdomen, am Perineum, am Mons Veneris. Am häufigsten ist die Infection per os, ihr folgt die Infection durch Stillen an der Brust. Mehrmals geschah die Infection durch den gemeinsamen Gebrauch von Essgeschirren, Waschgefässen, Handtüchern und dgl. Der Verlauf der extragenital erworbenen Syphilis ist meist ein etwas längerer und schwerer. Berl. Klin. Wochensch., Mai 1897.

— Die Behandlung der Schlüsselbeinfracturen durch blosse Massage hat Lucas-Championnière in einer Anzahl von Fällen sehr gute Resultate gegeben. Ohne dass ein Immobilisationsverband gemacht worden wäre, verschwand durch tägliche Massage und sehr sorgsame passive Bewegung der Schmerz sehr rasch und es war bereits zu einer Zeit, wo man die Heilung beim festen Verband nicht erwarten konnte, eine feste Vereinigung erzielt (im Mittel nach 3—4 Wochen); zugleich war die vollständig ungeschwächte Function der betr. Extremität wieder hergestellt. Selbst bevor die Vereinigung eine völlige ist, kann der Patient mit derselben kleine Verrichtungen vornehmen. Radfahrer, welche ein gut Theil der 31 Fälle betraf, konnten nach 3 Wochen wieder dem Sporte huldigen. Den Einwand, dass

mit der Massagebehandlung die Bildung des Callus eine zu excessive wäre, was besonders bei Frauen einen wenig ästhetischen Eindruck mache, lässt Ch. höchstens für die ersten paar Wochen gelten, im weiteren Verlaufe der Behandlung träte dieser Uebelstand ganz zurück. (Bulletin Médic. No. 32.)

— Nach Lissonier und Lanois (Bulletin général de Thérapeutique 1897, Heft 9) ist die Resorption von Jod, welches in Form der Tinctura Jodi auf die Haut gepinselt ist, eine geringe und schwankende. Jodoform und Jodäthil dagegen würden in die Haut in grösseren Mengen aufgenommen.

— Im Correspondenzblatt des Württembergischen ärztlichen Landesvereins beschreibt Mogele einen tödtlich verlaufenden Fall von Sublimatvergiftung. Der Patient hatte in selbstmörderischer Absicht eine Sublimatpastille verschluckt. Sectionsbefund: heftige schwere acute hämorrhagische und nekrotischdiphtheritische Entzündung des Dickdarms und nekrotische Herde im Bereich des Epithels der gewundenen Harnkanälchen und Kalkinfarkte der Nieren. In Anbetracht der sich häufenden Vergiftungsfälle mit Sublimat wird wiederum auf die prophylactische Massregel aufmerksam gemacht, welche für die einzelnen Pastillen gesonderte schwarze Umhüllungen mit der Giftmarke anordnet.

— Nosophen und Antinosin. Dr. Florio Sprecher, Assistenzarzt der Universitäts-Klinik für Haut- und Geschlechtskrankheiten in Turin, berichtet (Gazetta med. di Torino, No. 35, 27. August 1896) über die auf der genannten Klinik mit Nosophen und Antinosin behandelten Fälle. Behandelt wurden: Ulcera mollia, syphilitische Primäraffecte, vereiterte Bubonen der Leistengegend, ulcerirte Gummata, syphilitische Ulcerationen, breite Condylome der Analgegend, einfache kleine Wunden, Intertrigo, Ulcera cruris. Er streute die Mittel nach vorangegangener Reinigung mit sterilisirtem Wasser in Pulverform auf und legte darüber einen Verband aus aseptischem Material an. Zum vergleichenden Studium der Wirkung des Jodoforms gegenüber den in Frage stehenden Mitteln wurden Processe von möglichst gleicher Ausdehnung gewählt. Der Verfasser resumirt am Schluss der Arbeit: „Wenn es mir bei der geringen Zahl der beobachteten Fälle vergönnt ist, in Form eines Rückschlusses ein Urtheil über den Werth des Nosophen und Antinosin zu fällen, so würde ich sagen, dass diese beiden Mittel sicherlich nicht die Wirkung des Jodoforms erreichen, indessen gute Ersatzmittel für dasselbe bilden."

— Czerny berichtet in der Münch. Med. Woch. No. 16 über 3 Fälle, wo bei ganz unbedeutenden Verletzungen die Anwendung von Ueberschlägen mit 3-prozentiger Carbollösung von Gangrän gefolgt war. Er will die Carbolsäure in dieser Anwendungsform ganz aus der Praxis verbannt wissen und durch essigsaure Thonerde, Borsäure- oder schwache Sublimatlösungen ersetzt wissen.

— M. Sänger in Magdeburg rühmt den Gebrauch des Fluidextracts von Hydrastis canadensis bei Bronchitis (20—30 Tropfen 4 Mal täglich in Zuckerwasser). Er hebt besonders die sedative Wirkung des Mittels hervor, welche den Ge-

brauch von Opiaten und Morphin unnöthig macht. (Centralbl. f. inn. Med., No. 17.)

— Carbolsäure gegen Pruritus. In dem New York Med. Journ. vom 3. April 1897 wird folgendes, bei hartnäckigem Hautjucken mit Erfolg erprobtes Verfahren von Brocq angegeben: Bei sehr trockener Haut erst gründliche Einseifung, dann Abwaschen mit warmem Kamillenthee und Trocknen mit Watte, hierauf Application einer 1 prozentigen Carbolsalbe (Rp.: Acid. carbol 0,3, Lanolin, Ol. olivar aa 15,0) und Einpudern mit Reispuder oder einem Puder aus Dermatol und Talk aa. Bei Vorhandensein wunder oder entzündeter Stellen ist folgende Formel vorzuziehen. Rp: Zinc. 7,5, Acid carbol. 0,3, Acid. salicy 0,6 Lanolin 10,0, Vaselin 30, m. f. ugt.

— Herr Dr. Lenné-Bad Neuenahr schreibt der Münch. Med. Woch.: Mit Bezug auf die Abhandlung „über Schaumweingenuss seitens der Diabetiker" vom Collegen Teschemacher in der Nummer 10, 1897 dieser Wochenschrift möchte ich nicht unerwähnt lassen, dass ich bei Besprechung der Therapie des Diab. mell. bereits auf dem Balneologencongress 1895 über diesen Punkt Folgendes gesagt habe: „Hier möchte ich auch ein Wort für den Sect einlegen, welcher auf der einen Seite oft ebenso begehrt und beliebt wird, als er auf der anderen verpönt ist. Ich glaube dies letztere nicht ganz mit Recht, denn nach meiner Erfahrung werden unsere trockenen deutschen Schaumweine im Allgemeinen recht gut vertragen, natürlich mit Maass und Ziel genossen. Ich habe Versuche mit einem aus rothen Ahrtrauben hergestellten trockenen Schaumwein angestellt. Bei einem Quantum von einer halben Flasche wurde weder eine Steigerung, noch, wo der Zucker geschwunden, neue Spuren von Zucker gefunden. Besonders verarbeitete Diabetiker-Champagner, die, nebenbei bemerkt, abscheulich schmecken, haben wir daher, nach meiner Ansicht, nicht nöthig." D. Med. Zeitschrift No. 56 und 57 1895. Damit dürfte der Ausdruck „bisher galt süsser Schaumwein als ein Noli me tangere" beim Collegen Teschemacher doch wohl zu modificiren sein.

— Ueber den Einfluss der Röntgen-Strahlen auf das Herz machten Seguy und Quénisset der Pariser „Acad. des sciences" in der Sitzung vom 5. April d. J. folgende Mittheilung: Nach übereinstimmender Beobachtung beider Autoren stellen sich nach längerer Einwirkung der X-Strahlen auf das Herz eigenartige Störungen ein, welche sich in unerträglichem Herzklopfen und sehr heftiger und irregulärer Herzaction äussern. Der eine der beiden Autoren hat dies an sich selbst erfahren, der andere an einem Patienten, welchen er wiederholt und durch längere Zeit zu therapeutischen Zwecken der Einwirkung der X-Strahlen ausgesetzt hatte. Dieser Kranke klagte zunächst über heftiges Herzklopfen, welches absolut unerträglich, ja sogar besorgnisserregend wurde, sobald die Röntgen-Strahlen die Brust durchdrangen. Man war gezwungen, sich einer ziemlich dicken Metallplatte zu bedienen, um den Effect der Bestrahlung zu verringern.

— Als mildes Laxans verschreibt Winternitz: Natr. sulfuric 15,0, Sulf. depurat. 5,0, Oleosacchar. Menth. piperit 15,0. M. f. p. Abends 1—2 Kaffeelöffel in Wasser oder Oblate.

Kleine Mittheilungen.

— In der Maisitzung der New Yorker Dermatologischen Gesellschaft wurde Dr. S. Lustgarten für das laufende Jahr zum Präsidenten gewählt.

— Bei der Aufzählung der von den deutschen Aerzten New York's am medicinischen Congress in Washington gehaltenen Vorträge wurde Dr. Ed. Fridenberg übergangen, weil sein Name im officiellen Programm unrichtig angegeben war. Derselbe sprach über einen Fall von Retinitis circinata.

— Während die für Ende Mai geplante 40jährige Stiftungsfeier des Deutschen Dispensary vom Comité auf den Herbst verlegt wurde, fanden sich auf die persönliche Einladung von Dr. A. Jacobi nach der Wissenschaftlichen Zusammenkunft deutscher Aerzte am 28. Mai die Mitglieder zu einem gemüthlichen 2. Act zusammen, um den Semesterabschluss und zugleich das 40ste Jahr des Bestehens dieser wissenschaftlichen Vereinigungen mit einer kleinen Feier zu begehen. Dr. W. Balser, nächst dem Gastgeber das älteste anwesende Mitglied (1861), begrüsste als Vorsitzender des Abends die Versammlung und ihm antwortete Dr. A. Jacobi, in dessen Privathause die Zusammenkünfte seit ihrer Constitutionirung stattgefunden hatten, zuerst in 89 Chrystie Strasse, dann bis 1866 in 50 Amity Strasse (jetzt West Dritte Strasse) und seitdem in 110 West 34. Strasse. Von den 12 Gründern leben noch vier; Dr. A. Jacobi, Dr. E. J. Schwedler, Dr. J. Schnetter und Dr. L. A. Voss und zwar die ersten zwei in New York, die beiden letzten in Europa. Die Namen der gestorbenen Gründer sind Dr. E. Krackowitzer, M. Herzog, W. v. Roth, E. Henschel, Jos. Kammerer, E. Schilling, J. Goldmark und J. Strube. Die Versammlungen finden monatlich unter den Auspicien der Aerzte des deutschen Hospitals und Dispensary statt; mit Ausnahme des Secretärs haben sie kein ständiges Beamtencollegium. Der jeweilige Vorsitzende wurde bis vor zwei Jahren am Versammlungsabend durch die Anwesenden gewählt, jetzt wird er vom medicinischen Ausschuss zum Voraus bestimmt.

— Am Freitag, den 28. Mai, fand im Hause von Dr. Carl Beck eine weit in den Samstag hinein dauernde und von sehr vielen Aerzten besuchte Demonstration statt, welche die Bedeutung der Röntgenstrahlen für die Chirurgie veranschaulichte. Unter den 300 Skiagrammen, welche vorgelegt wurden, erregte eine Schussfraktur der Tibia, welche die ausserordentlich zerstörende Gewaltwirkung des neuen Armeegeschosses illustrirte, besonderes Intersse. Nach dem Skiagramm zu urtheilen, müsste die allgemein verbreitete Ansicht, dass das neue kleinkalibrige Geschoss einen sauberen Lochschuss im Knochen erzeuge, auf einem Irrthum beruhen. Demnach wäre es also mit der vielgerühmten grösseren „Humanität" des neuen Mordinstruments nichts. Die Collektion von 36 Fällen der typischen Radiusfraktur (Colles's) veranlasste ebenfalls zu eingehenden Reflexionen. Fast bei jedem individuellen Fall zeigten sich Besonderheiten, welche bei den gewöhnlichen Untersuchungsmethoden nicht auffielen. Völlig neu und überraschend war insbesondere die

Constatirung des Umstandes, dass in den meisten Fällen, besonders da, wo eine Verschiebung des Radiusfragmentes eingetreten war, auch ein Riss durch die Ulna über ihrem Capitulum vorhanden war. Vor der Röntgenaufnahme war dieses in keinem einzigen Fall constatirt worden und ist auch darin ein Beweis dafür zu erblicken, dass wir für die Behandlung dieser so überaus häufigen Frakturform, wie bei mancher anderen, noch sehr modificirte Anschauungen zu gewinnen haben werden. Von Bedeutung erschien ferner die Vorzeigung einer flexiblen Magensonde, deren Lumen eine Stahlspirale enthielt. Wenn dieser Sondenschlauch weit in das Mageninnere eingeführt wird, so gleitet er an der grossen Curvatur entlang und die Spirale lässt sich dann auf dem Bild fixiren, wodurch man dann Schlüsse auf Lage, Umfang und Tiefstand des Magens ziehen kann.

— Im englischen Unterhause wurde eine Bill eingereicht, welche das metrische System für Mass und Gewichte in Grossbritannien einführen soll.

— Ueber einen interessanten Rechtsspruch berichtet der „Medical Record." Eine Frau in Kentucky hatte ihren Mann an allgemeiner Blutvergiftung verloren, welche durch Infection einer durch einen Mosquitobiss gesetzten Wunde eintrat. Die Frau klagte gegen die Unfallsversicherung, bei der ihr Gatte auf $50,000 versichert war, und welche sich weigerte, den vorliegenden Fall als Unfall oder directe Folge eines solchen anzuerkennen. Das erste Gericht sprach sich dahin aus, dass ein Mosquitobiss nicht einen Unfall im Sinne der Unfallversicherungen darstelle, der höhere Gerichtshof in Louisville aber, an den appellirt wurde, sprach der Wittwe die volle Versicherungssumme zu.

— Internationaler medicinischer Congress in Moskau. Aus St. Petersburg wird gemeldet: Die von der russischen Regierung dem internationalen medicinischen Congress gewährte Subvention von 50,000 Rubel ist neuerdings auf 75,000 Rubel erhöht worden. Zugleich ist allen Mitgliedern des Congresses, russischen sowohl als ausländischen, freie Fahrt nach Moskau und zurück auf den russischen Eisenbahnen bewilligt worden. Der Finanzminister hat die russischen Zollbehörden angewiesen, den ausländischen Congressmitgliedern bei ihrer Durchreise nach Moskau jede Unterstützung zu Theil werden zu lassen und die von ihnen etwa mitgebrachten medicinischen Instrumente ohne Zoll, sowie kleinere Portionen von im russischen Reiche verbotenen Heilmitteln ohne Confiscation durchzulassen. Die ausführlichen Programme der einzelnen Sectionen des Congresses, sowie verschiedene Mittheilungen bezüglich desselben werden im Monat Mai zur Versendung an die angemeldeten Mitglieder gelangen. Hier ist für den Empfang der Congressmitglieder ein besonderes Bureau gebildet worden, welches aus dem Chef der militärmedicinischen Akademie, Prof. Paschutin (Vorsitzender), dem Director des Institutes für Experimentalmedicin, Prof. Lukjanow und den Professoren der militär-medicinischen Akademie Weljaminow und Ott besteht. Nach Schluss des Aerzte-Congresses in Moskau wird den von dort in St. Petersburg eintreffenden Mitgliedern desselben ein Rout seitens der hiesigen ärztlichen Gesellschaften gegeben werden. Am

30. August findet dann im Beisein der Mitglieder des Congresses die feierliche Eröffnung des chirurgischen Museums zum Andenken an N. J. Pirogow statt und am Abend desselben Tages wird von der Stadt ein Rout zu Ehren der Congressmitglieder im Dumasaal veranstaltet werden. — In Moskau hat sich ein Comité gebildet, dessen Aufgabe es sein wird, den Damen, welche die Congressmitglieder begleiten, den Aufenthalt in Moskau möglichst angenehm zu machen. Seitens des russischen Organisationscomité wird ferner mitgetheilt, dass sich die Erlaubniss freier Reise in Russland nicht nur auf Rückkehr zur gleichen Grenzstation bezieht, vielmehr kann man eine mehrere russische Städte umfassende Tour machen. Ein Wohnungscomité in Moskau ist in Thätigkeit, es sollen 3000 Zimmer (im Preise von 3—10 Frcs. per Tag incl. Frühstück) bereit stehen.

— Im October dieses Jahres wird in Berlin eine wissenschaftliche Lepraconferenz tagen. Die Sitzungen werden in dem neuerbauten kaiserlichen Gesundheitsamt stattfinden und zugleich soll eine Ausstellung von Präparaten, karto- und bibliographischen Werken etc. damit verbunden werden. Der bekannte Dr. Henry Feulard, welcher an dieser Conferenz einen der Hauptvorträge hätte halten sollen, befindet sich unter den verunglückten Opfern der Pariser Bazar-Brandkatastrophe.

— Selbstmorde unter russischen Aerzten. Der Kiewer Psychiater Prof. J. A. Szikorski bespricht, wie wir den „Med. Neuigkeiten" entnehmen, in der „Prakt. Medizina" die unter den russischen Aerzten grassirende Selbstmordmanie. Die Zahl der Selbstmorde unter den Aerzten in Russland übertrifft erheblich die Zahl derjenigen unter allen anderen Berufsklassen, denn während im Allgemeinen auf 1200 Todesfälle ein Selbstmord entfällt, kommt unter Aerzten schon unter 28 Todesfällen ein Selbstmord vor. Berücksichtigt man jedoch, dass die Mehrzahl der Aerzte aus Männern besteht, unter diesen aber der Selbstmord häufiger als unter Frauen ist, ferner, dass zu der ganzen Bevölkerungsmasse auch Kinder gehören, unter denen Selbstmorde selten sind, so ergibt es sich, dass unter den Aerzten auf eine Million 631 Selbstmorde entfallen, während unter der übrigen Bevölkerungsmasse nur 30 Selbstmorde auf eine Million kommen. Der Selbstmord ist also unter den Aerzten 2-mal stärker vertreten, als unter der übrigen Bevölkerungsmasse. Die häufigste Selbstmordart bei den Aerzten ist die durch Vergiftung (45 Proz.), dann die durch Schusswaffen.

— Die Zahl der Aerzte in Grossbritannien hat, wie das englische medicinische Jahrbuch meldet, im Jahre 1897 um 1385 zugenommen; durch Tod und andere Ursachen sind 560 in Abfall gekommen, so dass der Zuwachs an neuen Aerzten 877 beträgt. Die Zahl sämmtlicher praktischer Aerzte im vereinigten Königreich hat die respectable Höhe von 34,478 erreicht.

— Die diesjährige Generalversammlung des Herausgebercollegiums der Münchener Med. Wochenschrift beschloss in Anbetracht der glänzenden Geschäftslage des Blattes, aus dem Ueberschuss 2000 Mk. dem Pensionsverein für Wittwen und Weisen baierischer Aerzte, 1000 Mk. dem Verein zur Unter-

stützung invalider hülfsbedürftiger Aerzte in Baiern und 1000 Mk. der Centralhülfskasse für die Aerzte Deutschlands in Berlin zuzuwenden. Ferner wurden 200 Mk. für das Johannes Müller-Denkmal in Coblenz und 300 Mk. für die beabsichtigte Aufstellung einer Bronzebüste von Herrn Geheimrath v. Pettenkofer im Reichsgesundheitsamt bestimmt.

— Die Berliner klin. Wochenschrift schreibt: Auf die Gefahr hin, einem Aprilscherz Vorschub zu leisten, möge folgende Einsendung ihren Platz finden: „Der Segen der Anzeigepflicht bei ansteckenden Krankheiten. Nachdem in K.'s, einer Stadt der Niederlausitz von 30,043 Einwohnern, die Anzeige einiger vorgekommenen Typhusfälle bei der Polizeiverwaltung gemacht war, sah sich auch die Behörde veranlasst, ihrer Pflicht getreulich nachzukommen. Sie setzte daher fest, dass vor allem die Stühle sofort gewissenhaft desinficirt werden müssten. Die wohlweise Polizei erschien denn auch mit einem Stadtarbeiter in der Krankenwohnung und waltete ihres Amtes gewissenhaft. In einem grossen Zimmer mischte der Arbeiter Wasser und Kalk kunstgerecht zu einem mässig dicken Brei zusammen und pinselte damit nicht nur die Stühle, sondern auch Tische, Bettgestelle etc. Nur ein Stuhl, den die pflegende Diaconissin für sich gerettet hatte, blieb von dem Pinsel verschont!"

— Ein Sanatorium für den Mittelstand. Eine grössere Zahl von praktischen Aerzten und Specialisten Wiens hat in einer kürzlich stattgehabten Versammlung den Beschluss gefasst, zu einem „Verein zur Gründung und Erhaltung eines Sanatoriums" zusammenzutreten. Es wird beabsichtigt, dem Mittelstande der Bevölkerung ein billiges Sanatorium und den Aerzten die Möglichkeit zu bieten, auch Minderbemittelte in einem allen Anforderungen der Hygeine und Krankenpflege entsprechenden Hause unterzubringen, woselbst sie dieselben in eigener Behandlung behalten. Letzteres ist bekanntlich in den Zahlabtheilungen der öffentlichen Krankenhäuser ausgeschlossen. Wie wir vernehmen, besteht die Absicht, den Kreis der bisherigen Subscribenten, welche den Betrag von 40,000 fl. gezeichnet haben, zu erweitern.

— Congress für Hygiene. Der neunte internationale Congress für Hygiene und Demographie, der am 11. October d. J. in Madrid eröffnet werden sollte, ist auf die Zeit vom 10.—17. April 1898 verschoben worden.

— Wohnungswechsel: Dr. Wolff Freudenthal nach 1003 Madison Avenue; Dr. Alfred Michel nach 357 West 30. Strasse; Dr. Henry Moeller nach 341 West 57. Strasse; Dr. Emil Hotzen nach 67 Ost 7. Strasse.

Geschäftliche Zuschriften, Geldsendungen. Bestellungen, u. s. w., sind zu richten an : Medical Monthly Publishing Co., 17-27 Vandewater Street New York.

Manuscripte, Wechselblätter und Anfragen bezüglich des Inhaltes sind an den Herausgeber zu richten.

ALFRED MICHEL,
357 W. 30th St.

New Yorker
Medicinische Monatsschrift.

Officielles Organ der
Deutschen Medicinischen Gesellschaft der Stadt New York.
Redigirt von Dr. Alfred Michel.

Bd. IX. New York, 20. Juli 1897. No. 7.

ORIGINALARBEITEN.

Der gegenwärtige Stand der Gynäkologie in Europa.*)

Von
Dr. Joseph Wiener, Jr.

Herr Präsident, meine Herren! Ich erlaube mir Ihnen in Kurzem meine Erfahrungen in den europäischen Frauenkliniken während des verflossenen Jahres mitzutheilen, und beabsichtige, Ihnen die Methoden, wie ich sie in den verschiedenen Städten geübt sah, in Reihenfolge vorzulegen.

In Hamburg, in dem weltberühmten Eppendorfer Krankenhaus, wo, seit Schede's Abgang nach Bonn, Kümmell fungirt, ist keine separate gynäkologische Abtheilung. Gynäkologische sowie auch allgemein chirurgische Fälle gehören zum Dienste des chirurgischen Oberarztes. Kümmell legt grossen Werth auf das Waschen der Hände mit grüner Seife und Sand — mindestens fünf Minuten müssen dazu verwendet werden. Dann kommen die Hände in Alcohol, und zuletzt in eine starke Lösung Sublimat. Für Ligaturen und Suturen wird Seide fast ausschliesslich angewendet, sogar kleine Gefässe in den Weichtheilen werden damit unterbunden. Kümmell ist der Meinung, dass feine Seide sich beinahe so rasch wie Catgut in den Geweben auflöst. Koeliotomien werden in einem besonderen Operationszimmer vorgenommen. Keine Wärterinnen dürfen zugegen sein; nur ein Arzt für die Narkose, und einer bei der Wunde zum assistiren. Bei dieser Einrichtung kann eine Infection nur durch den Operateur oder einen seiner Assistenten eingeführt werden. Bei vorgeschrittenen Fällen von Epithelioma cervicis übt Kümmell folgendes Verfahren aus:

Zwei Tage nach der präliminären Auskratzung wird die vaginale Hysterektomie vorgenommen, und zwar gebraucht

*) Vortrag, gehalten in der Deutschen Medic. Gesellschaft in New York.

er, um eine Autoinfection zu vermeiden, statt Messer oder Scheere den Paquelin dazu. Ist die Vagina klein und straff, so wird ein tiefer Schnitt durch die linke Scheidewand ausgeführt. Die einzelnen Gefässe, die in Folge dieses Schnittes bluten, werden mit Seide unterbunden. Der Uterus wird nun mit Kugelzangen nach unten gezogen, und mit dem Paquelin wird der Cervix von der Vagina ringsum befreit. Nachdem Blase und Rectum nach oben geschoben sind, wird mit dem Paquelin sorgfältig weiter arbeitend die linke Seite des Uterus bis zu der Tube befreit. Diese wird mitsammt der Arteria spermatica in eine Klemme gefasst, und mit der Scheere vom Uterus gelöst. Ein ähnliches Verfahren wird auf der rechten Seite vorgenommen, und der Uterus entfernt. Die seitliche Incision in der Scheide wird mit Seide vernäht; ein Streifen Jodoformgaze wird an den Klemmen entlang, die 48 Stunden lang liegen bleiben, eingeführt. Diese Operation nimmt Kümmell nur in den vorgeschrittenen Fällen von Carcinom vor. In den übrigen operativen Fällen nimmt er die vaginale Hysterektomie mit Klemmen vor.

Bei Prochownick in Hamburg sah ich eine Patientin, bei der zwei Wochen früher ein grosses Haematom, das von der Vagina aus zwischen Uterus und Blase, da es in dieser Stelle am niedrigsten lag, incidirt wurde. Zur Zeit blieb nur noch ein kleiner Gang, $2\frac{1}{2}$ Zoll lang, auf der linken Seite des Uterus übrig. Ein anderer Fall war ein Dammriss, der bis in den Darm reichte. Prochownick operirte ohne allgemeine Narkose; er begnügte sich mit submucösen Einspritzungen von Cocaine und Morphin. Catgut wurde durchweg angewendet. Besonders wo der D a r m genäht werden muss, zieht er vor keine allgemeine Narkose vorzunehmen, um das nachfolgende Erbrechen zu vermeiden.

In Dresden, in der Frauenklinik, hat Leopold auch ein separates Operationszimmer für Koeliotomien. Seide wird fast ausschliesslich bei allen Operationen angewendet. Während der Operation liegen Instrumente in keiner Lösung, sondern auf feuchten sterilisirten Handtüchern. Zur Drainage der Bauchhöhle und zum Tupfen wird trockene, sterile Gaze gebraucht. Die Trendelenburg'sche Lage wird regelmässig angewendet. Adhäsionen werden häufig mit dem Paquelin gelöst, so auch werden Tuben und Ovarien, nachdem sie abgebunden, mit dem Paquelin entfernt. Für Retroversio uteri nahm Leopold früher die Vaginofixation vor, hat aber solche

Beschwerden bei der Geburt in Folge dessen in einigen Fällen mitgemacht, dass er ganz davon abgekommen ist. Bei allen operativen Fällen der Retroversio nimmt er jetzt die Ventrofixation vor. Von über 70 Fällen, bei denen diese Operation vorgenommen wurde, sind 17 in der Klinik später ohne Beschwerden entbunden worden, und in allen blieb der Uterus nach der Entbindung an der Bauchwand fixirt. Alle Pyosalpinx-Fälle werden durch die Bauchhöhle in Angriff genommen. Der Uterus wird, sogar wenn beide Tuben und Ovarien erkrankt sind, nicht entfernt. Platzt ein Pyosalpinx während der Manipulation, so wird die Bauchhöhle mit steriler Gaze tamponirt. Nur in den frühesten Fällen von Krebs der Gebärmutter nimmt Leopold die vaginale Hysterektomie vor; in allen anderen Fällen begnügt er sich mit der palliativen Behandlung. Seine Methode der vaginalen Hysterektomie ist folgende: Mit dem Paquelin wird der Cervix ringsum von der Vagina befreit, und Blase und Rectum werden nach oben geschoben. Der Douglas'sche Raum wird nun eröffnet, und eine Seiden-Ligatur wird auf der linken Seite angelegt. Eine ähnliche Ligatur wird dann rechts angelegt, und die abgebundenen Gewebe mit der Scheere von dem Uterus befreit. Dann wird eine zweite Ligatur oberhalb der ersten auf der rechten Seite angelegt, und die Gewebe werden wieder durchtrennt. Dann folgt eine ähnliche dritte, und nun wird eine Ligatur um die Tube gelegt. Jetzt ist die rechte Seite des Uterus frei. Mit einer Kugelzange wird der Fundus nach vorn in die Scheide gezogen, und die linke Seite wird mit ähnlichen Ligaturen von oben an abgebunden. Acht bis zwölf Ligaturen kommen gewöhnlich bei einer vaginalen Hysterektomie in Anwendung. Die zwei Peritoneallappen werden nun mit feiner Seide vernäht, so dass nur die beiden Stümpfe mit ihren Ligaturen seitlich in die Scheide herunterhängen.

Zur Zeit als ich in Dresden war, machte Credé im „Carola Haus" experimentelle Versuche mit verschiedenen Silbersalzen als Antiseptica. Er gebrauchte Zusammensetzungen von dem Oxid mit Citronensäure oder mit Milchsäure. Er fand, dass Bacterien nicht nur auf Nährboden, zu welchen das Silbersalz zugesetzt wurde, sich nicht vermehrten, sondern dass sie sogar dadurch getödtet wurden, und dass eine sterile Zone auf allen den Theilen des Nährbodens wo das Silbersalz ruhte, sich zeigte. Credé hatte schon Monate lang Jodoform ganz aufgegeben und Silber statt dessen gebraucht. Ich hatte Ge-

legenheit viele Wunden, wo das Silber angewandt worden war, zu sehen, — gewöhnlich das Citrat kaufmännisch als „Itrol“ bekannt, — und sie waren alle trocken und frei von Reiz. Credé gebrauchte auch Suturen, die mit „Itrol“ getränkt waren. Bei acuter Endometritis gonorrhoica, führte Credé ein 20-proz. Suppositorium von „Itrol“ in Cacaobutter dreimal innerhalb zwei Wochen ein. Der eitrige Ausfluss, sowie alle Zeichen des Reizes waren dann gewöhnlich verschwunden.

Sänger, in Leipzig, ist ausserordentlich sorgfältig in seinen aseptischen Massregeln. Die Hände werden mehrmals mit Seife und Sand gebürstet, dann kommen sie in Alcohol und zuletzt in eine Sublimatlösung. Instrumente liegen trocken auf sterilen Tüchern. Die Gaze wird vor der Operation mit einer sterilen Sodalösung angefeuchtet. Bei allen Operationen werden sterilisirte Röcke getragen, bei Koeliotomien auch sterilisirte Mützen. Nur für versenkte Nähte in der hinteren Scheidewand wird Catgut angewendet, sonst ausschliesslich Seide. Dieselbe wird gekocht und in der Bergmann'schen Lösung (eine 1-proz. Lösung Sublimat in 80 Proz. Alcohol) aufbewahrt. Während der Operation liegt die Seide in einer 1—1000 wässerigen Sublimatlösung. Nachdem die Operationen vom Tage vollendet sind, wird die Seide wieder gekocht und dann in die Bergmann'sche Lösung gelegt. Für Retroversio ventrofixirt Sänger das Organ. Die vaginale Hysterektomie wird immer mit Klemmen vorgenommen; dieselben bleiben 48 Stunden lang liegen. Wenn nöthig spaltet Sänger die vordere Uteruswand. Die erste Klemme wird in solchen Fällen erst dann angelegt, wenn die eine oder andere Tube gefasst wird. Bei Pyosalpinx operirt Sänger gewöhnlich von dem Bauch aus. Zehn Tage nachdem er einen rechtsseitigen Pyosalpinx bei einer Coeliotomie entfernt hatte, bekam ich die Patientin zu sehen. Bei der Operation zeigte sich das Netz, das einen kleinen Abscess enthielt, an die erkrankte Tube adhärent. Der untere Theil des Netzes mit dem Abscess wurde resecirt, und der Pyosalpinx entfernt. Der Bauch wurde ohne Drainage geschlossen. Winde gingen häufig ab, und am dritten Tage geformter Stuhl. Bis zum siebenten Tag hatte Patientin täglich Stuhlgang; Puls und Temperatur waren normal, und keine Schmerzen waren vorhanden. Nach dem siebenten Tag konnte, trotz hohen Einläufen und Abführmitteln, kein Stuhlgang hervorgebracht werden. Die Frau fing an über Schmerzen auf der rechten Seite, die immer

heftiger wurden, zu klagen. Der Bauch wurde aufgetrieben, der Puls rasch, die Patientin unruhig. Erbrechen stellte sich ein und wurde andauernd, jedoch nicht faecal. Die Temperatur stieg über 101° F. Sänger entschloss sich den Bauch wieder zu öffnen. Die Wunde war vollkommen verheilt, auch in der Bauchhöhle waren keine Zeichen der Injection zu sehen. Das Netz war fest mit dem Stumpf auf der rechten Seite verwachsen, und eine Dünndarmschlinge war durch diese Adhäsionen vollkommen versperrt. Die Adhäsionen wurden rasch gelöst, und das Netz höher resecirt. Die ganze Operation dauerte nur wenige Minuten. Gleich nach der Operation besserte sich der Puls, und Stuhlgang trat nach zehn Stunden ein. Am nächsten Tage waren Puls und Temperatur normal, und der Fall ging in Heilung über. Sänger's Verfahren bei einem totalen Dammriss ist folgendes: Das Narbengewebe wird vollkommen excidirt. Einige feine Seidensuturen werden an der Spitze der Denudation auf der hinteren Scheidenwand angelegt; dann wird das Rectum mit feiner Seide vernäht — diese Suturen werden nicht durch die Schleimhaut des Darmes geführt. Sie werden geknüpft und kurz abgeschnitten. Nun werden die Enden des Sphincter ani mit einigen feinen Seidensuturen zusammen gebracht. Um die Theile in der Tiefe besser zu vereinigen, werden zwei versenkte Catgutsuturen eingeführt. Nun werden, indem die Oberschenkel an einander gebracht sind, noch drei grobe und einige feine Seidensuturen angelegt. Dieselben bedecken die Suturen, die den Rectalriss vernäht haben, sowie auch die zwei versenkten Catgutsuturen, und schliessen zur selben Zeit die übrige entblösste Fläche. Die verschlossene Wunde, perineal so gut wie vaginal, wird mit Jodoformcollodium bedeckt. Die Nachbehandlung besteht in flüssiger Kost, und am vierten oder fünften Tage in einem Abführmittel.

Zweifel in Leipzig gebraucht nie die Beckenhochlagerung, sondern einen Martin Tisch. Er setzt sich am unteren Ende des Tisches zwischen die Oberschenkel der Patientin. Als Tupfstoff gebraucht er trockene Gaze, und sagt er hätte, seitdem er keine feuchte mehr gebrauchte, keinen Fall von Ileus nach einer Coeliotomie gesehen. Er gebraucht zwei Methoden den Uterus an die Bauchwand zu befestigen. Wenn die Frau schon bejahrt ist, oder wenn sie voraussichtlich nicht mehr schwanger wird, näht er die vordere Uteruswand an die Bauchwand. In den anderen Fällen befestigt er die runden

Ligamente dicht am Uterus an die vordere Bauchwand. Zweifel hat Beschwerden bei der Geburt an Patientinnen, wo der Uterus selbst an die Bauchwand genäht worden war, beobachtet, und in Folge dessen nimmt er die modificirte Operation vor. Die vaginale Hysterektomie wird folgendermassen vorgenommen: Der Cervix wird mit dem Paquelin ringsum befreit. Dann wird der Douglas'sche Raum eröffnet, und eine Klemme wird auf jeder Seite von unten angelegt. Dann wird der vordere "cul de sac" eröffnet, und der Uterus von oben nach unten abgeklemmt. Die Klemmen werden nach zwei Tagen entfernt. Bei der abdominalen Hysterektomie wird der Stumpf des Cervix zurückgelassen; er wird zweimal durchstochen und mit drei Ligaturen abgebunden. Dann werden die zwei Peritoneallappen über den Stumpf genäht und der Bauch wird geschlossen. Nach einer Salpingo-Oöphorektomie wird der Stumpf, um Adhäsionen an den Darm zu vermeiden, oft an die vordere Bauchwand genäht.

In Berlin habe ich die Arbeiten von Ohlshausen, Winter, Martin, Mackenrodt und Dührssen zu sehen bekommen. Die Berliner Schule der Gynäkologie hat verschiedene Eigenheiten. Im Gegensatz zu Dresden und Leipzig wird Catgut ausschliesslich für Ligaturen und Suturen gebraucht. Vaginale sowie auch abdominale Hysterektomien werden damit ausgeführt, oft wird auch die Vaginofixation damit vorgenommen, oft der Bauch damit geschlossen. Das Catgut wird gewöhnlich in einem Wasserbade in einer 5-proz. Lösung Carbolsäure in 80 Proz. Alcohol gekocht. Mackenrodt experimentirte zur Zeit mit Catgut, das er in einer Lösung, die bei 100° Celsius kochte, sterilisirte. Mit Ausnahme von Martin, wenden alle Operateure die Beckenhochlagerung an. Während Martin die Bauchnaht anlegt, legt er einen gewöhnlichen Schwamm mit gekochtem Oel getränkt in die Bauchhöhle. Er will dadurch bezwecken, Darmadhäsionen und den folgenden Ileus zu vermeiden. Es ist dies ein sonderbares Verfahren, das ich nirgends nachgeahmt sah. In keiner anderen Stadt wird die Vaginofixation so häufig vorgenommen. Nicht nur bei Retroflexion und Retroversion, sondern auch für Prolaps des Uterus wird sie angewandt. Martin machte die Operation am öftesten, und zwar nähte er mit Catgut. Mackenrodt, der die Operation eingeführt hat, zog in den meisten Fällen die Vesicofixation vor; auch Dührssen war davon abgekommen. Ohlshausen und Winter aber führten sie noch oft aus. Auch der

Einfluss der französischen Schule ist in Berlin zu sehen. Pyosalpinx, chronische Salpingiden, Ovarial Kystome und auch Uterusfibrome werden oft per Vaginam entfernt. Bei beiderseitigem Pyosalpinx operirte Mackenrodt per Vaginam. Es bestanden viele Adhäsionen; bei der Lösung derselben platzte der eine Pyosalpinx. Der Uterus wurde, obwohl beide Tuben und Ovarien entfernt wurden, zurück gelassen, und die Incision in der Scheide wurde ohne Drainage geschlossen. Der Fall ging in Heilung über.

Bei Uteruscarcinom hat Winter von einer grossen Reihe von Fällen die Ueberzeugung gewonnen, dass es besser sei die Hysterektomie der präliminären Ausschabung und Aetzung direct anzuschliessen. Denn er fand, dass nach einer Auskratzung und Anwendung des Paquelin die Patientinnen fast regelmässig Temperatur- und Pulssteigerung zeigten. Schliesst man jedoch die Hysterektomie unmittelbar an die vorbereitende Operation an, so verläuft die Reconvalescenz fieberlos. Ohlshausen und Winter gehen in folgender Weise vor: Nach gründlicher Desinfection der Scheide, Vulva, des Leibes und der Oberschenkel wird so viel wie möglich von dem erkrankten Gewebe mit dem scharfen Löffel und Paquelin entfernt. Nun wird die Scheide von neuem desinficirt, die Hände werden wieder gewaschen und die gebrauchten Instrumente bei Seite gelegt. Der Cervix wird nun mit einer Museux'schen Zange gefasst und ringsum mit dem Scalpel befreit. Nachdem Blase und Rectum nach oben geschoben sind, wird mit der Scheere der Douglas'sche Raum eröffnet, und dann mit dem Finger der vordere "cul de sac." Mit einer Dechamp'schen Nadel (die von Ohlshausen ist wie ein Schwanenhals gebaut) werden nun zwei Catgutligaturen auf jeder Seite angelegt und gebunden. Etwaige Blutung, die während der Befreiung des Cervix entstanden ist, ist nun gestillt. Die abgebundenen Gewebe werden nach jeder Unterbindung mit der Scheere von dem Uterus getrennt. Nun werden der Reihe nach Ligaturen auf der linken Seite angelegt bis die linke Tube auch unterbunden, und vom Uterus getrennt wird. Dann wird gleichfalls, von oben angefangen, die rechte Seite abgebunden, und der Uterus entfernt. Zwölf bis vierzehn Catgutligaturen werden gewöhnlich dazu gebraucht. Nun wird eine Sutur durch die vordere Scheidenwand auf der linken Seite, dann durch den vorderen Lappen des Peritoneums, linken Uterinstumpf, hinteren Lappen des Peritoneums und hintere Scheidenwand,

geführt. Eine ähnliche Sutur wird auf der anderen Seite angelegt, und dann wird eine in der Mittellinie, durch die vordere Scheidenwand, durch beide peritonealen Lappen, und durch die hintere Scheidenwand geführt. Diese drei Suturen werden verknüpft, und die Bauchhöhle wird dadurch von der Scheide abgeschlossen.

Bei Prolapsus uteri mit ausgedehnter Cystocele und Rectocele führt Winter folgendes Verfahren aus. Eine ausgedehnte Entblössung der vorderen Scheidenwand wird zuerst vorgenommen. Die Blase wird nach oben geschoben, und das Peritoneum hinter diesem Organ eröffnet. Zwei provisorische Catgutligaturen werden nun in die vordere Uteruswand gelegt, so dass er dadurch nach vorn gezogen werden kann. Eine Silkwormgutsutur wird nun auf der linken Seite etwas oberhalb der Mitte der entblössten Fläche, dicht am Rand der vaginalen Schleimhaut, aber nicht durch dieselbe, eingeführt. Diese Sutur wird durch die vordere Uteruswand unterhalb des Fundus und dann in die rechte Seite der entblössten Fläche entsprechend der Einsetzung auf der linken Seite geführt. Eine zweite Silkwormgutsutur wird dann in ähnlicher Weise etwas unterhalb der ersten eingeführt. Diese zwei Suturen werden geknüpft und kurz abgeschnitten. Dadurch wird der Uterus an die vordere Scheidenwand befestigt. Die provisorischen Catgutligaturen, die als Tenacula dienten, werden nun entfernt. Die entblösste Fläche der vorderen Vaginal-Wand wird nun durch mehrere Catgutsuturen geschlossen, wodurch die vaginale Schleimhaut über die zwei Silkwormgut-Fäden genäht wird. Dann wird in gewöhnlicher Weise eine Colpoperineorrhaphie mit Catgut vorgenommen. Winter verlässt sich mehr auf die ausgedehnte Colporrhaphie anterior und die miteingeschlossene Vaginofixation wie auf die Colpoperineorrhaphie um diese Fälle zu curiren.

Bei grossen subperitonealen Fibromen übt Ohlshausen oft das Zweifel'sche Verfahren aus. Der Bauch wird ohne Drainage geschlossen.

Bei unbeweglicher Uterus-Retroversion mit Cystocele verbunden macht Martin eine ovale Entblössung an der vorderen Scheidenwand, eröffnet das Peritoneum zwischen Blase und Uterus, und löst die Adhäsionen um den Uterus herum. Nun werden die Catgutsuturen durch den Rand der entblössten Fläche an der vorderen Scheidenwand, dann durch die vordere Uteruswand, und durch den Rand der entblössten Fläche auf

der entgegengesetzten Seite geführt. Die oberste dieser Suturen ist circa 3 cm. unterhalb dem Fundus uteri. Dann wird in ähnlicher Weise eine Sutur durch den Cervix, ihn an die vordere Scheidenwand fixirend, geführt. Eine fortlaufende Sutur schliesst den übrigen Theil der entblössten Fläche, und beendet die Operation.

Martin und Mackenrodt gebrauchen für die vaginale, sowie auch für die abdominale Hysterektomie gewöhnliche scharfe, gekrümmte Nadeln, wie die Dechamp'sche.

In Prag und Wien finden wir keine erheblichen Unterschiede von den übrigen deutschen Kliniken. Rosthorn in Prag und Schauta in Wien üben die Vaginofixation in manchen Fällen von Retroversio aus. Für Uterusfibrome nimmt Rosthorn die Freund'sche Operation vor. Bei kleinen Fibromen nimmt Schauta die vaginale Hysterektomie vor, und im Gegensatz zu den meisten deutschen Gynäkologen schliesst er die Scheide nicht von der Bauchhöhle ab, sondern drainirt mit Jodoform Gaze. Chrobak entfernt kleine Fibrome mit dem Uterus durch die Vagina. Bei grossen Tumoren nimmt er entweder die Freund'sche Operation vor oder übt die Zweifel-'sche Methode der Stumpfbehandlung. Bei allen Fibromen wird weder durch die Vagina noch durch die Bauchwunde drainirt.

Inverardi in Padua gebraucht einen Martin Tisch, nie die Beckenhochlagerung. Bei Retroversio uteri nimmt Pestalozza in Florence die Vesicofixation vor. Mit den augenblicklichen Resultaten ist er zufrieden. Bei Prolapsus uteri bei alten Frauen nimmt er die folgende Operation vor: Eine viereckige Entblössung der Scheidewand dicht am Cervix und eine ähnliche an der hinteren Scheidewand werden ausgeführt. Nun werden, indem der Cervix mit dem Uterus nach oben geschoben wird, diese zwei entblössten Flächen mitsammen vernäht und eine feste Wand, die den Uterus nach oben hält, entsteht dadurch. Die Uterus-Secrete haben Platz, seitlich auszufliessen. In Padua, wo die Pyosalpinxe meistens klein sind, werden sie mitsammt dem Uterus per Vaginam entfernt. In Bologna und Florence nimmt man bei Pyosalpinx regelmässig die Koeliotomie vor. In Bologna wird der Uterus bei doppelseitiger Adnexenerkrankung nicht entfernt, in Florence dagegen ja. Pestalozza drainirt nur durch die Vagina und zwar dann nur, wenn viel Eiter in die Bauchhöhle gekommen ist. Bei Uterus-Fibromen wird regelmässig die Hysterektomie vorgenommen.

Nur in Mailand sah ich die alte extraperitoneale Stumpfbehandlung, wo der Stumpf in der Bauchwunde befestigt wird, ausgeübt.

Mit Ausnahme Bumm's in Basel, der den Einfluss der französischen Schule zeigt, folgen die Schweizer meistens den Lehren der Deutschen. Bumm jedoch nimmt manchmal das Morcellement bei Uterus-Fibromen vor, und entfernt oft einen Pyosalpinx durch die Vagina. Wyder in Zürich entwickelt wo möglich das Fibrom aus der Uteruswand und vernäht den Riss mit Seide. In anderen Fällen lässt er den Stumpf vom Cervix, den er mit Peritoneum bedeckt, zurück. Dieselbe Methode übt auch Bumm in manchen Fällen, oft aber auch die Freund'sche Operation. Müller in Bern nimmt die Koeliotomie nicht in der Mittellinie, sondern einen Centimeter rechts oder links davon vor.

Freund in Strassburg wendet Thymol Gaze zur Drainage an. Für Massenligaturen gebraucht er Seide, zur Bauchnaht Silberdraht.

Die Arbeiten der französischen Schule bekam ich in Brüssel und Paris zu sehen.

Jacobs operirt in seiner schönen Privat-Klinik in Brüssel. Die Scheide wird folgendermassen desinficirt:

Erstens, wird sie mit einer gesättigten alcoholischen Lösung grüner Seife ausgerieben.

Zweitens, wird mit einer Lösung von Natron biborat. und Ammonium carbonic. die Seife, die zurück geblieben sein mag, sowie auch etwaige ölige Secretion, aufgelöst.

Drittens, wird Alcohol und

Viertens, Formalin 1-1500 gebraucht.

Auch für die Hände wird Formalin angewendet.

Jacobs gebraucht weder Sublimat, noch Carbol, noch Iodoform. Er hat einen tödtlichen Fall von Iodoform-Vergiftung mitgemacht und gebraucht seitdem zur Drainage nur sterile Gaze. Dieselbe wendet er jedoch nur selten an. Für Ligaturen gebraucht er nur Seide, für Suturen Silkwormgut. Beide werden in Glycerin sterilisirt. Er schliesst die Bauchwunde mit drei Etagen Silkwormgut-Fäden und versicherte mich, dass er keine Fisteln davon sieht. Früher übte Jacobs die Ventrofixation bei Retroversion des Uterus, ist aber gänzlich davon abgekommen. Er zeigte mir drei Präperate in welchen die Adhäsionen zwischen dem Uterus und der Bauchwand sich in einen festen Strang 3—5 Centimeter lang ausgedehnt hatten.

In Folge dessen erlagen alle drei Patientinnen an Ileus. Er nimmt jetzt folgende Operation vor: Die hintere Scheidenwand wird incidirt und der Douglas'sche Raum geöffnet. Der Uterus wird nun von seinen Adhäsionen befreit und die Incision wird geschlossen. Nun wird die vordere Scheidenwand von rechts nach links incidirt, das Peritoneum wird eröffnet und mit zwei oder drei Seidensuturen wird die vordere Uteruswand an das Peritoneum, das die vordere Scheidenwand bedeckt, genäht. Bei solchen Fällen hat Jacobs eine normale Entbindung beobachtet und der Uterus blieb nach vorn. Was Uterusprolaps betrifft, ist Jacobs einer der Wenigen in Europa, der das Organ in älteren Frauen für dieses Leiden entfernt. Er macht eine abdominale Hysterektomie, lässt den Cervix zurück und befestigt ihn an das breite Ligament. Bei Pyosalpinx, wo irgendwie möglich, operirt er durch die Vagina; sind beide Seiten betheiligt, so entfernt er erst den Uterus und dann die beiden Tuben und Ovarien. Auch bei Fibromen wird per Vaginam operirt, nur wenn das Morcellement mehr als $1\frac{1}{2}$ Stunden dauern würde, zieht Jacobs die abdominale Hysterektomie vor. Was Carcinoma uteri betrifft, hat er schon Jahre lang die vaginale Hysterektomie vorgenommen. Die augenblicklichen Resultate der Operation sind sehr befriedigend, die Dauerresultate jedoch sind anders. Er hat kürzlich über 70 solcher Fälle nachgeforscht und fand, dass nur drei die Operation vier Jahre überlebt hatten — gewiss ein trauriges Resultat! Er machte mir die bedeutungsvolle Bemerkung, dass in einigen Jahren man nicht mehr die Hysterektomie wegen Carcinom vornehmen würde. Seine Methode der vaginalen Hysterektomie ist folgende: Nachdem der Cervix ringsum mit dem Paquelin befreit und Blase und Rectum nach oben geschoben sind, wird die Peritonealhöhle vorn und hinten mit dem Finger eröffnet. Sind die Peritoneal-Falten hoch oben, so wird zuerst eine Klemme auf jeder Seite angelegt und die abgeklemmten Gewebe von dem Uterus getrennt. Nun kann derselbe weiter nach unten gezogen werden und das Peritoneum wird leicht erreicht. Dann wird der Uterus nach vorn in die Scheide gezogen. Sind Tuben und Ovarien frei, so werden sie abgeklemmt und von dem breiten Ligament befreit. Nun werden noch ein oder zwei Klemmen auf jeder Seite angelegt und der Uterus mit den Adnexen wird weggeschnitten. Jetzt wird jede Klemme durch eine Seidenligatur ersetzt. Dann wird mit zwei oder drei Suturen die vordere Scheidenwand und der

vordere peritoneale Lappen mit dem hinteren peritonealen Lappen und der hinteren Scheidenwand vernäht. Die Uterinstümpfe mit ihren Ligaturen hängen seitlich in die Scheide hinab. Fast nie wird nach einer vaginalen Operation drainirt. Wird das Peritoneum mit Eiter contaminirt, so wird es sorgfältig mit Formalin abgewischt und die Scheide wird vernäht. Das Morcellement wird folgendermassen vorgenommen: Der Cervix wird wie gewöhnlich mit dem Paquelin von der Vagina befreit und der vordere und hintere "cul de sac" werden mit dem Finger eröffnet. Dann wird eine Klemme auf jede Seite angelegt und die betreffenden Gewebe von dem Uterus getrennt. Nun wird die vordere Uteruswand bis zu dem Tumor gespalten. Stücke werden aus dem Tumor und der Uteruswand weggeschnitten bis der Fundus nach vorn in die Vagina gezogen werden kann. Er wird alsdann in gewöhnlicher Weise entfernt.... In einem Fall hatte ein anderer Operateur vor einem Jahr die Coeliotomie vorgenommen. Er entfernte zur Zeit ein cystisches Ovarium auf der linken Seite und nahm die Ventrofixation vor. Jetzt klagte Patientin über fortwährende Schmerzen auf der rechten Seite, wo das Ovarium bedeutend vergrössert war. Der Uterus sass nicht fest an der Bauchwand, sondern konnte bewegt werden, jedoch nur einige Centimeter. Es wurde ein sehr kleiner Bauchschnitt ausgeführt, bei dem sich ein fester Strang, 1 cm. breit und 5 cm. lang, zwischen Uterus und Bauchwand zeigte. Derselbe musste mit der Scheere von der Bauchwand getrennt werden. Dann wurde der Bauch wieder geschlossen und der Uterus nebst dem cystischen fest adhärenten Ovarium per Vaginam entfernt.

In Paris bleiben die Klemmen nach der vaginalen Hysterektomie 48 Stunden lang liegen. Die Trendelenburg'sche Lage wird nicht von Allen angewandt. Für Retroversio uteri wird eine modificirte Ventrofixation manchmal vorgenommen. Mittels einer Seidensutur auf jeder Seite wird der Uterus an die Fascia und Muskeln der betreffenden Seite befestigt. Aubeau incidirt die hintere Scheidenwand, lösst die Adhäsionen um den Uterus herum und führt ein grosses Drainagerohr, das den Uterus nach vorn schiebt, ein. Dasselbe wird mit einer Silkwormgutsutur an die hintere Scheidenwand befestigt, ein Streifen Iodoformgaze wird daneben eingeführt und die Vagina mit Gaze tamponirt. Fünfzehn bis zwanzig Tage bleibt das Rohr liegen. Die geringen Adhäsionen, die sich um dasselbe

gebildet haben, werden durch Massage beseitigt und die Retroversion ist curirt. Was Pyosalpinx betrifft, so wird, falls die Krankheit doppelseitig ist, fast immer per Vaginam operirt. Ségond und Andere stellen das Dictum auf:

Wenn einseitige Erkrankung, Coeliotomie;

Wenn doppelseitige Erkrankung, vaginale Hysterektomie mit beiderseitiger Salpingo-Oöphorektomie.

Bei Uterusfibromen wird häufig das Morcellement vorgenommen und es ist wirklich überraschend, mit welcher Geschwindigkeit solche Tumoren oft durch die Vagina entfernt werden können. Die vordere Uteruswand, wenn nöthig auch die hintere, wird in der Mittellinie gespalten. Der Tumor wird nun stückweise entfernt bis der Fundus nach vorn in die Vagina gezogen werden kann. Die Blutung ist sehr gering — wenn nöthig kann man auf jeder Seite eine Klemme von unten anlegen. So sah ich im „Hôpital St. Louis" ein Fibrom, das innerhalb drei Finger breit vom Nabel reichte, mitsammt dem Uterus per Vaginam in 25 Minuten entfernen und die Blutung war keine nennenswerthe.

In London stehen die aseptischen Massregeln denen auf dem Continent weit nach. Auch sind die Operationsräume nicht den modernen Anforderungen gemäss. Bei plastischen Operationen an der Scheide wird dieselbe nur mit einer Sublimatlösung ausgespült, dann wird sie für steril gehalten. Nie sah ich eine Wärterin, die bei einer Operation assistirte, ihre Aermel aufrollen oder sogar ihre Manschetten ablegen, geschweige gar einen Operationskittel über die gewöhnlichen Kleider anziehen. Selten wird die Trendelenburg'sche Lage gebraucht, sogar kleine Eingriffe dauern in Folge dessen ungemein lang. Bei der Coeliotomie werden noch die alten Glasröhren zur Drainage eingeführt. Für Uterusfibrome werden die Tuben und Ovarien entfernt; klagt die Patientin nach dieser Operation so viel wie früher oder noch mehr, so wird die Coeliotomie wieder vorgenommen und der Uterus oberhalb dem Cervix amputirt.

Zum Schluss möchte ich mir erlauben, einige Worte über meine Eindrücke im Allgemeinen auszusprechen. Je mehr ich von der Gynäkologie sah, desto mehr gewann ich die Ueberzeugung, dass sie in einem Uebergangsstadium begriffen ist. Die Ursache davon ist nicht weit zu suchen. Erst seit wenigen Jahren steht sie auf einer wissenschaftlichen Basis und was für colossale Fortschritte sind in den wenigen Jahren gemacht

worden! Kaum war eine Neuerung eingeführt, so wurde sie schon von einer anderen, scheinbar besseren, überholt. Kein Wunder dann, dass die Zeit zu kurz war, um jede neue Einführung gründlich zu prüfen. In Folge dessen sehen wir heute das Licht der clinischen Erfahrung auf die vielen neuen Operationsmethoden, die in den letzten Jahren eingeführt worden sind, geworfen. Und schon sehen wir verschiedene von diesen neueingeführten Operationen von den Einführern, oder wenigstens von Denen, die sie am enthusiastischsten aufnahmen, bei Seite gelegt. Die vielen Verbesserungen, die kürzlich in der Technik mancher Operationen, z. B. die für Retroversio uteri eingeführt wurden, zeigen nur zu deutlich, dass wir das Ideal noch nicht erreicht haben. Aber sicherlich ist dieses Streben nach dem Ideal lobenswerth. Noch vor wenigen Jahren verfolgten die besten Chirurgen um Inguinal-Hernien zu curiren die verschiedensten Methoden. Dann kam Bassini, und heute wird die von ihm eingeführte Operation in der ganzen Welt ausgeführt. So dürfen wir wohl auch hoffen, dass in der nahen Zukunft die vielen in der Gynäkologie aufgeworfenen Fragen zur Entscheidung kommen werden. Was die Desinfectionsfrage betrifft, so finden wir, dass die Asepsis die Antisepsis täglich überholt. Die alten gefährlichen Antiseptica kommen mehr und mehr ausser Gebrauch. Die Carbolsäure ist fast verschwunden; statt Sublimat wird das gefahrlose Formalin gebraucht. Anstatt der Iodoformgaze, die, wenn wir ihre Zubereitung in Betracht ziehen, wohl selten keimfrei sein kann, wird vielfach gewöhnliche Gaze zur Drainage benutzt. Und gerade diese Frage der Drainage ist, wie es mir scheint, eine wichtige. Im Ganzen können wir sagen, je näher wir zur idealen Asepsis kommen, desto seltener müssen wir drainiren. Besonders ist dies in vaginalen Operationen der Fall. Es ist geradezu erstaunlich, wie tolerant das Beckenperitoneum der Infection gegenüber ist! Von verschiedenen der tüchtigsten Operateure bin ich versichert worden, dass sie jetzt, wo sie selten drainiren, weniger Fälle von Sepsis haben, wie vor einigen Jahren, wo sie oft drainirten. Und Bumm in Basel, bekanntlich einer der besten Beobachter, versicherte mich, dass er die Drainage weder durch die abdominale Incision noch durch die Scheide übte, und seine Mortalität wird immer geringer. Aber die Frage, die wohl augenblicklich von der ersten Wichtigkeit in der Gynäkologie ist, ist: "Welche pathologischen Zustände können vorzugsweise von der Vagina aus an-

gegriffen werden?" Fern sei es mir, zu wagen, diese Frage zu beantworten. Im Allgemeinen gewann ich die Ueberzeugung, dass die sogenannte französische Methode, Uterus oder Adnexe, oder beide per Vaginam zu entfernen, sich immer mehr Bahn brechen wird. Die genauen Verhältnisse zwischen den pathologischen und den normalen Geweben müssen vor Beginn der Operation mit grosser Sorgfalt bestimmt werden. Natürlich werden, trotz grösster Sorgfalt und Mühe, Fehler vorkommen, und eine Operation, die von der Scheide aus angefangen, wird durch einen Bauschschnitt beendet werden müssen. Aber was wird das beweisen? Nur die Wahrheit des alten Spruches: Errare humanum est!

65 W. 85th Str.

Ueber Impfungen bei Iristuberkulose.

Von

Dr. Denig, New York.*)

In der Diagnose der Iristuberkulose — um diejenige der Bindehaut ganz bei Seite zu lassen —, hat sich die Impfung von Irisstückchen, die durch eine Iridectomie gewonnen wurden, mit als das wichtigste Hülfsmittel erwiesen. Leider können wir nicht immer darauf zurückgreifen, da die Iridectomie bei Iritis ihre bestimmte und seltene Indikation — die des Pupillarabschlusses — besitzt. Es scheint nun ja allerdings am nächsten zu liegen, die Tuberkelbacillen, ähnlich wie bei der Sputumuntersuchung, direkt in excidirten Irisstückchen durch Mikroben und Microscop nachzuweisen. Allein dieser Nachweis ist oft schwer zu erbringen. So berichtet Baumgarten über Fälle, in denen er in dem zur Impfung verwandten Material keine Bacillen nachweisen konnte, in denen aber trotzdem echte Impftuberkulose nach der Uebertragung auftrat, ein Verhalten, das er mit Koch durch die Annahme der Sporenbildung der Tuberkelbacillen erklärt. Der Verlauf der Impftuberkulose beim Kaninchen, die typische Incubationszeit von etwa 4 Wochen, das Aufschiessen von Knötchen und Entstehen von Granulationsgeschwülsten die genau dasselbe Bild wie die menschliche Iritis zeigt, ist so prägnant und einzig für den Tuberkelbacillus so characteristisch, dass wir daraus allein zur Diagnose: Tuberkulose berechtigt sind, wenngleich es ja in der Regel gelingt, in der geimpften Kanin-

*) Vortrag, gehalten in der Deutschen Medicinischen Gesellschaft von New York am 7 Juni 1897.

cheniris den Bacillus nachzuweisen. Es wird deshalb die Impfung in die vordere Kammer des Kaninchenauges als das feinste Reagenz auf Tuberculose angesehen.

Trotzdem ist der negative Ausfall einer Impfung nicht immer beweisend für nichttuberkulösen Character einer Iritis, wie Ihnen folgende Beobachtung zeigen wird.

Bei einem 33jährigen Manne, der an subchronischer Knötchen-Iritis mit Keratitis parench. litt, wurde wegen Pupillenabschluss durch Iridectomie ein ziemlich breites Stück Iris entfernt. Die Grösse des Stückchens gab mir Gelegenheit, es zu 2 Impfungen zu verwenden. Bei dem Kaninchen nun, welches ich mit dem Ciliartheil des Irisstückchens geimpft hatte, entstand nach 4 Wochen eine Iritis mit kleinen Knötchen und hinteren Synechien und zahlreichen Beschlägen auf der Hinterfläche der Hornhaut, während das andere mit dem Pupillartheil geimpfte Kaninchen völlig frei von Iritis blieb.

Mit anderen Worten, wir müssen annehmen, dass bei einer tuberkulösen Iritis ein oder der andere Theil der Iris sehr wohl von den Bacillen ausgespart sein kann und dies mag zufälligerweise bei einem durch Iridectomie entfernten Stückchen der Fall sein. Durch diese Beobachtung gewinnt auch eine Mittheilung Leber's besonderes Interesse; dieselbe betrifft ein 13jähriges Mädchen mit dem klinischen Bilde der Knötchen-Iristuberkulose. Die Diagnose wurde noch gestützt durch eine überstandene Ellbogentuberkulose und einen gleichzeitig bestehenden Lungenkatarrh. Nichtsdestoweniger blieb die Impfung an Kaninchenauge erfolglos. Im Anschluss hieran möchte ich Ihnen über eine Serie von experimenteller Impftuberkulose mit Tuberkelbacillenkulturen berichten, die ich von bestimmten Gesichtspunkten ausgehend angestellt habe:

Wir sehen die menschliche Iristuberkulose ebenso wie die Impftuberkulose in verschiedener Intensität auftreten, einmal in der Form der relativ harmlosen Knötchenbildung, ein anderes Mal in derjenigen der Granulationsgeschwülste, die durch Verkäsung meist das Auge zu Grunde zu richten pflegen. Samelsohn suchte der Ursache dieses verschiedenen Verhaltens dadurch näher zu kommen, dass er den originären Impfstoff bei seinen Impfungen nicht erneuerte, sondern von Generation zu Generation weiterimpfte und so gewissermassen eine Immunisirung hervorrufen wollte, jedoch mit negativem Erfolge. Ich nahm nun meine Impfungen derart vor, dass ich

verschieden virulentes Impfmaterial und verschieden abgestuften Impfboden auswählte, d. h. ich nahm frisch virulente Reinkulturen von Tuberkelbacillen, und in ihrer Virulenz abgeschwächte, nämlich solche, die ich 1 Stunde bei einer Temperatur von 40° im Brutofen hielt, oder ohne jegliche Vorsichtsmassregeln Monate lang im Tageslicht hatte stehen lassen, und bezüglich meiner Impfböden, wählte ich sehr kräftige und sehr schwach entwickelte, ferner alte und junge Kaninchen aus. Stets legte ich Controllversuche an. Die Technik der Impfung war die, dass ich von meinen Culturen eine bestimmte wässerige Emulsion anlegte und sie mit einer Pravaz'schen Spritze in die vordere Kammer brachte. Die Impfung selbst wurde nach den verschiedensten Variationen angestellt. Gleich starkes oder schwach virulentes Impfmaterial auf starke und schwach entwickelte, junge und alte Thiere verimpft. Zunächst zeigte sich, dass die stärkere oder schwächere Entwicklung des Thieres auf die Gut- oder Bösartigkeit der Tuberkulose gar keinen Einfluss zeigte. So hebe ich z. B. aus meinem Versuchsprotokoll hervor, dass einem sehr kräftigen und einem schwächlichen Kaninchen die gleich virulente Bacillenkultur in die vordere Kammer gebracht wurde. Es entwickelte sich bei dem starken Kaninchen das typische Bild einer tuberkulösen Granulationsgeschwulst mit nachträglicher Schrumpfung, während bei dem schwach entwickelten Kaninchen nur kleinere Knötchen der Iris entstanden.

Wir finden ein ähnliches Verhalten beim Menschen. In einer früheren Arbeit habe ich gezeigt, dass wir es bei der menschlichen Augentuberkulose absolut nicht regelmässig mit schwächlichen sog. scrophulösen Individuen zu thun haben. So finden wir z. B. von 86 Fällen von mikroskopisch oder durch Impfung bestätigter menschlichen Iristuberkulose bei 71 zur Zeit der Augentuberkulose kein Zeichen von gleichzeitig anderweitiger Tuberculose im Körper nachweisbar. Von diesen 71 waren allerdings 27 suspect oder hereditär belastet und 4 wiesen Zeichen früher überstandener Tuberkulose auf. Allein ziehe ich selbst diese 31 Fälle noch ab, so bleiben 40 — also nahezu die Hälfte — absolut gesunde, wie wir in der Krankengeschichte oft lesen, „robuste" Individuen; eine Thatsache, die uns erklärt, weshalb in vielen Fällen, bei denen man anfänglich blos auf das klinische Bild angewiesen war, viel eher die Diagnose auf Lues, denn auf Tuberkulose zu stellen geneigt war.

Des Weiteren zeigte sich bei meinen Impfthieren eine Abschwächung der Culturen als absolut belanglos für die Intensität der Reaktion. Mit 6 Monate alten oder durch Hitze abgeschwächten Culturen liessen sich die gleichen Bilder wie mit frischen Reinkulturen hervorrufen. Es wird damit die Ansicht Liebrecht's hinfällig, der bei einer Impfung mit einer abgeschwächten Cultur gutartige Impftuberkulose beobachtete und den gutartigen Verlauf der abgeschwächten Cultur in die Schuhe schob. Wir werden deshalb die Ursache der Intensität der Reaction nicht in dem Impfmaterial — den Bacillen — sondern in dem Impfboden— der Iris — ihrer Widerstandskraft gegen die Bacillen zu suchen haben. Damit komme ich auf das Kapitel der Disposition oder Indisposition, der Widerstandsfähigkeit des Individuums, die vielleicht sogar einzelnen Organen zukommen mag, zu sprechen, ein Kapitel, über das wir nichts positives wissen und das ich mit neuen Hypothesen nicht bereichern möchte.

Ein weiteres Resultat meiner Versuche geben Impfungen ab, die ich in dem Ciliarkörper der Kaninchen vornahm. Es entstanden kleinere oder grössere Knoten des Ciliarkörpers, die gewöhnlich in dem hinteren Bulbusabschnitte tuberkulöse Knötchen, dagegen meist keine Knötchen in der Iris, sondern nur eine Iritis mit hinteren Synechien hervorriefen.

Es wäre damit der Schlüssel geliefert für die tuberkulöse Natur selbst einfacher seröser Iritiden und Cyclitiden, bei denen man das Vorhandensein kleiner Tuberkelknötchen in dem Ciliarkörper annehmen musste. So hatte ich Gelegenheit, einen Fall von chronisch verlaufender Iridocyclitis ohne Knötchen zu beobachten, bei dem irgend ein anderes aetiologisches Moment ausser einem vom Laryngologen nachgewiesenen tuberkulösen Geschwür nicht zu finden war. Das Geschwür und die Iridocyclitis heilten allmählig aus.

Während bei der menschlichen Tuberculose das jugendliche Alter hauptsächlich, wenn auch nicht immer befallen wird, konnte ich bei den Impfversuchen keine wesentliche Differenz der Intensität in Bezug auf das Alter der Thiere beobachten. Dass die Iristuberkulose sowohl beim Kaninchen wie beim Menschen rückbildungsfähig ist, dass speciell die kleineren Tuberkelknötchen meist ohne weitere Schädigung für das Auge wieder verschwinden, ist eine bekannte Thatsache. Hinsichtlich der Metastasenbildung hingegen, der Generalisirung

der Tuberculose von der Iristuberkulose aus, habe ich noch folgendes hinzuzufügen: Bei keinem meiner Versuchthiere — 16 an der Zahl — kam es zu einer Miliartuberkulose. Vier Thiere gingen mir nach 4 und 6 Monaten plötzlich ein, ohne dass irgend wo sonst im Körper Tuberculose gefunden werden konnte. Die übrigen wurden nach über 1 Jahr getödtet, nach welcher Zeit die Augentuberkulose längst abgeheilt war und konnte die Section in keinem inneren Organe anderweitige Tuberkulose nachweisen. Es scheint mir diese Thatsache, die in diesem hohen Procentsatz etwas zufällig sein mag, um so mehr beachtenswerth, als sie zeigt, dass auch die Impftuberkulose der Iris im Durchschnitte nicht zur Metastase neigt. Es sind allerdings Impfungen von diesem Gesichtspunkte aus in diesem Massstabe — 32 Augen — noch nicht angelegt worden, oder es wurden die Thiere nicht so lange am Leben erhalten, getödtet und auf dieses Moment weniger geachtet. Es stützt aber dieser Befund einen von mir früher ausgesprochenen Satz, dass auch die menschliche Iris- und Aderhaut-Tuberkulose meist lokal bleibt und dass wir ihr eine ähnliche Stellung einräumen müssen, wie den lokalen tuberkulösen Processen der Lungen, Knochen, Gelenke etc. Sehen wir uns in dieser Beziehung unsere Eingangs citirten 86 Fälle von menschlicher Iristuberkulose an, so finden wir, dass im Anschlusse an die Augenerkrankung nur 11 Tuberkulose der übrigen Organe acquirirten, während bei weiteren 8, die Exitus machten, anderweitige Tuberkulose vorher oder gleichzeitig bestanden hatte. Bei 39 von den restirenden 67 findet sich eine längere Beobachtungsdauer ihres weiteren Wohlbefindens, die sich meist auf mehrere bis 11 Jahre erstreckt; die übrigen 28 entzogen sich, nachdem ihre Augentuberkulose geheilt war, der Beobachtung und wir finden meist die Bemerkung: „Gesund entlassen"; jedoch ist auch bei diesen wahrscheinlich, dass sie voraussichtlich gesund blieben denn wir wissen, dass der Durchschnitt der Metastasenbildung ca. 4 Monate nach dem Auftreten der Tuberkulose beträgt und die Augenerkrankung und ihre lange Behandlung sich über Monate zu erstrecken pflegt. Umgekehrt habe ich bei isolirter Tuberkulose der übrigen Organe bei 220 Lungen, oder Knochen, Gelenk- oder Lymphdrüsentuberkulose die überaus seltenen Metastasen speciell zum Auge hin bereits früher mitgetheilt, indem ich nämlich nur fünf Mal Veränderungen im Auge fand, die sich im Sinne von Tuberkulose erwarten liessen.

Als praktische Folgerung für die Therapie ergiebt sich die Nothwendigkeit einer selteneren Indikation für die Enucleation speciell für die Knötcheniritis, wie ich früher schon betont habe. Bei der tuberkulösen Granulationsgeschwulst, besonders wenn es sich um einen r a s c h e n Verlauf handeln sollte, wäre die Herausnahme des Auges eher geboten; immerhin ist zu bedenken, dass die Metastasenbildung in den übrigen Organen noch von einem anderen Herd ausser den Augen ausgehen kann und das wäre z. B. eine primär tuberkulös inficirte Drüse,* von der die Augentuberkulose ausgeht und von der aus die Bacillen ebenso gut in einen anderen Körpertheil einwandern können.

SITZUNGSBERICHTE.

Deutsche Medicinische Gesellschaft in New York.

17 West 43. Strasse.—Sitzung vom 5. April 1897.

(Schluss.)

3. DISCUSSION UEBER DEN VORTRAG DES HERRN DR. GEORGE MANNHEIMER UEBER DIE HYGIENISCH-DIAETETISCHE BEHANDLUNGSMETHODE DER LUNGENTUBERKULOSE.

Dr. L. A r c u l a r i u s: Ich bin leider nicht zugegen gewesen, als der Vortrag hier verlesen wurde, ich habe aber Einsicht davon genommen und kann sagen, dass es eine sehr schöne, vollständige Arbeit über das Kapitel ist, der eigentlich nicht viel hinzuzufügen ist. Wenn ich Dr. Mannheimer richtig verstehe, so hat er die Ansicht, dass bis jetzt die hygienisch-diätetische Behandlungsmethode der Lungentuberkulose die einzige ist die uns offen steht, und dass die allgemeinen Fortschritte, die durch die Koch'sche Schule und andere gemacht worden sind, uns bis jetzt keine Mittel in die Hand gegeben haben, die Krankheit zu bekämpfen. Ich vermisse in der Arbeit nur etwas. Ich hätte gewünscht, dass jenes Arztes, der das Columbus-Ei auf die Spitze gestellt und angesichts der allgemeinen Ansicht, dass Lungenschwindsucht unheilbar ist, eine Behandlungsmethode eingerichtet hat, die Schwindsucht zu heilen, ich meine des Dr. Brehmer in Goerbersdorf, Erwähnung geschehen wäre. Er war der allererste. Ich erinnere mich

*) Die Untersuchungen über das Vorkommen von Tuberkelbacillen in Drüsen von Individuen, die intra vitam nie irgend welche Zeichen von Tuberculose geboten haben, ist bekannt. Hierher gehört auch das nicht seltene Vorkommen von Tuberkelbacillen im Retropharyngeal-Raum, wie ich einer sehr interessanten Arbeit W. Freudenthals entnehme (Annals of Otology, Rhinology and Laryngology, February 1897), von wo aus die Bacillen in die Lymphwege gelangen und in irgend einen beliebigen Körpertheil einwandern können.

dessen recht gut. Ich war damals Student, und ein früherer Studiengenosse, der einen Lungenspitzencatarrh hatte, ging in die Anstalt von Dr. Brehmer, und als er nach einem halben Jahr zurrückkam, hielt man ihn allgemein für geheilt. Alle waren darüber ziemlich erstaunt, denn auch die Aerzte hatten das Vorurtheil, dass die Lungenschwindsucht unheilbar sei. Das ist 25, 30 Jahre her.

Wie nun die hygienisch-diätetische Behandlung der Lungenschwindsucht einzurichten ist, ob sie in der Privatpraxis eingerichtet werden kann, ob man an einen offenen Luftkurort gehen soll oder in eine geschlossene Anstalt, das ist die Frage. Die geschlossenen Anstalten, die Luftkurorte kosten viel Geld. Viele können sich das nicht leisten. Nichtsdestoweniger ist es keine Frage für mich, dass eine geschlossene Anstalt, die gut überwacht und von einem guten Arzt geleitet wird, das Ideal der Therapie ist. Ich habe dabei immer Goerbesdorf in Schlesien im Auge. Wenn der Kranke dort hinkommt, wird er erst einige Tage beobachtet, wie weit sein Process vorgeschritten ist. Nach mehrtägiger Beobachtung bekommt er etwa in der Morgenstunde eine kalte Abreibung. Das wird einige Wochen fortgesetzt, und wenn ihm die Kur bekommt, erhält er allmählich auch kalte Douchen. Nach der Abreibung und nach der Douche wird ihm genau vorgeschrieben, wie lange und wie weit und wie hoch ansteigend er sich nachher in der freien Luft bewegen soll. Das wird ihm alles nicht überlassen. Es wird ihm ganz bestimmt gesagt: Sie gehen da und da hin, dann ruhen Sie sich aus und dann gehen Sie wieder zurück. Alles nach genauer Vorschrift. Auch die Mahlzeiten sind genau vorgeschrieben. Es wird dem Kranken vor allem klar gemacht, dass er regelmässig leben muss in Essen, Trinken, Schlafen und allen Lebenseinrichtungen. Um sieben Uhr wird geschellt. Da muss der Patient aufstehen und sich waschen. Um halb acht wird gefrühstückt: Kaffee, Butterbrot und ein Glas Milch. Danach wird gewöhnlich die Douche gegeben für diejenigen, die sie vertragen können. Die Leute, die kein Fieber haben bei gutem Allgemeinbefinden, bekommen die Douche sofort. Um zehn Uhr wird gewöhnlich das zweite Frühstück genommen. Da hatten die Patienten, die eine Douche oder Abreibung bekommen, schon eine Stunde lang einen Spaziergang in den Anlagen gemacht, und zwar einerlei ob Sommer oder Winter, im Gegentheil die Leute haben sich besser im Winter befunden, als im Sommer und können sich, da sie nicht so leicht schwitzen, eher eine Anstrengung erlauben als im Sommer. Nach dem zweiten Frühstück wieder Aufenthalt im Freien. Die Kranken sollten womöglich den ganzen Tag im Freien sein. Im Sommer wurden im Freien Hängematten ausgespannt, auch Spiele im Freien gemacht. Es wurde sogar Skat gespielt. Ob das jetzt noch der Fall ist, weiss ich nicht. Um ein Uhr wird zu Mittag gespeist, und wer diese Mittagstafel angesehen hat und weiss, dass das lauter Schwindsüchtige sind, der konnte erstaunen. Da gab es Schweinefleisch, Sauerkraut, Suppe, Gemüse, Fleisch von irgend welcher Sorte. Nach dem Mittagessen hat man sich in den Anlagen zerstreut. Um vier Uhr gab es wieder Butterbrot, eine Tasse Kaffee und ein Glas Milch. Das Abendessen war gewöhnlich um acht. Dabei war ganz genau bestimmt, ob und wie viel Wein der Betreffende trin-

ken durfte und was für Wein. Erlaubte sich jemand irgend etwas irreguläres, so durfte er nicht glauben, dass es nicht bekannt wurde. Dr. Brehmer hatte seine förmlichen Spitzel, die ihm alle Unregelmässigkeiten anzeigten. Dem Kranken wurde dann gelegentlich gesagt: Das dürfen Sie nicht wieder thun, und wenn es mehrmals vorkam, so konnte es ihm passiren, dass ihm Dr. Brehmer sagte: Sie können nach Hause gehen. Wo eine so strenge Ueberwachung der Lebensführung ist, da wird der Mensch förmlich für die Kur erzogen. Im Winter hat man dort grosse Hallen mit Gewächsen, den sog. Wintergarten, so dass die Leute, wenn der Winter sehr ungünstig ist, sich dort zum Lesen und Spielen hinsetzen können. Aber auch im Winter werden die Bewegungen im Freien fortgesetzt.

Wenn man das alles so als Arzt mit ansieht, so könnte man sich wohl vorstellen, dass sich das alles in einem offenen Luftkurort, in der nichtgeschlossenen Anstalt auch ausführen lässt. Es fehlt aber die Ueberwachung des Einzelnen, und in der Privatpraxis erst recht. Da ist der Kranke in seiner Familie und unterliegt nicht der Controlle. Nichtsdestoweniger kann der Arzt, wenn er den Kranken für seine Zwecke zu erziehen versteht, ihm auch in der Privatpraxis viel nützen.

Es giebt auch noch andere Anstalten, wie Falkenstein und Davos, aber die Kranken werden dort nicht so controllirt wie in Goerbersdorf. Für mich ist das die ideale Anstalt. Ich glaube, wenn ein Kranker es irgend erschwingen kann, so sollte er in eine geschlossene Anstalt gehen. Da lernt er, wie er sich selbst in Zucht nehmen muss, und wenn seine Krankheit nicht vollständig geheilt ist, wie er seine Kur zu Hause fortsetzen soll. (Bravo.)

Dr. S. A. Knopf: Da ich nicht Mitglied der Gesellschaft bin, so möchte ich Ihnen zunächst meinen Dank dafür aussprechen, dass Sie mir das Wort gestatten. Ehe ich sodann zur Kritik des Vortrags von Dr. Mannheimer übergehe, möchte ich mir zuvor eine Bemerkung über dasjenige erlauben, was soeben vom Vorredner gesagt wurde. Er sagte, dass die Brehmer'sche Anstalt die einzige Musteranstalt sei. Ich möchte vielmehr sagen, die einzige Musteranstalt war. Eine der wichtigsten Methoden, die in der modernen Therapie die grösste Rolle spielt, die sogenannte Liegekur, hat Dr. Brehmer nie angewandt. Sie ist die Erfindung meines verehrten Lehrers, Geheimraths Dettweiler, und bei meinem letzten Besuch in Goerbersdorf waren die Liegehallen immer noch nicht errichtet, weil damals die Anstalt noch immer unter dem Regime des inzwischen verstorbenen Dr. Brehmer war. Das ist das einzige, was ich critisiren möchte. Im übrigen ist alles, was der Vorredner gesagt hat, wahr und richtig. Die Liegekur ist eine Dauerluftkur, bei der die Patienten gleichviel bei welchem Wetter, ob Sonnenschein, ob Regen und Sturm, acht, zwölf Stunden während des Tages im Freien liegen.

Und nun erlauben Sie mir einige Bemerkungen zu dem Vortrag des Dr. Mannheimer. Er war so liebenswürdig meiner Arbeiten zu gedenken, und dafür wünsche ich ihm zu danken. Sein Vortrag verdient eigentlich nur Lob. Nur hat er sich durch die allgemeine Strömung, die hier in Amerika in Bezug auf das Cottage System herrscht, hinreissen lassen, welches doch ausschliesslich für beginnende und für

vermögende Phthisiker bestimmt ist. Für diese ist es ausgezeichnet. Die brauchen nicht die ausserordentlich gründliche Ueberwachung, und wenn die Leute vermögend sind, lässt sich das System gut ausführen; aber hier in New York, wo wir ungefähr 10,000 absolut arme Phthisiker haben, für diese Armen ein Cottage System zu errichten, so dass jede Cottage nur für vier oder fünf Patienten dient, ist doch eine finanzielle Unmöglichkeit. Der Redner hat ferner behauptet, dass die Erfolge beim Cottage System besser wären. Ich möchte mich dagegen verwahren. Die deutschen Phthisiotherapeuten haben eine ausserordentliche gute Statistik, und das Cottage System existirt in Deutschland nicht. Dr. Mannheimer sagt, dass die Erfolge im Sanatorium in den Adirondacks so ausserordentlich günstige wären. Ich kenne Herrn Dr. Sutro persönlich. Er ist ein ausserordentlich tüchtiger Arzt. Aber seine grossartigen Erfolge sind nicht die Erfolge des Cottage Systems, sondern "he has the rarest choice of patients." Nur Patienten im Anfang der Tuberkulose werden dort hingeschickt, während in den deutschen Sanatorien die Patienten in allen Stadien aufgenommen werden. Nach meiner Erfahrung, die ich in meiner französichen Dissertationsschrift und kürzlich auch in einem Vortrag vor der Academy of Medicine auseinander gesetzt, halte ich ein System, welches zwischen dem sog. Cottage System und dem deutschen einheitlichen Haus liegt, für das beste. Das heisst ich wurde grosse Pavillons eröffnen, welche 20 bis 25 Patienten halten, und dann die verschiedenen Pavillons durch Promenadegallerien verbinden. Damit würde meiner Ansicht nach das Problem gelöst sein.

Dr. Mannheimer sagt in seinem Vortrag, man solle nur solche Patienten im Sanatorium unterbringen, welche Aussicht auf Genesung haben. Meine Herren, ich sehe unter Ihnen verschiedene mit grauen und weissen Häuptern, die mehr Erfahrung haben als ich, und ich möchte Sie fragen: Ist es möglich, eine absolute Prognose in der Phthise zu stellen? Haben Sie nicht alle Patienten gesehen, die den Anschein haben zu gesunden und die zu Grunde gehen, und wiederum solche, die aussehen, als ob sie keine fünf oder sechs Monate mehr leben würden, und die doch wieder gesund werden und recht lange leben? Und in Bezug auf Arme halte ich diese Ansicht für grausam. Den Kranken Hoffnung zu machen, ist die halbe Kur.

Was die in den Vereinigten Staaten herrschende Bewegung in Bezug auf die Errichtung von Sanatorien betrifft, so hat Dr. Mannheimer eine bedeutende Bewegung vergessen: in Philadelphia wird wahrscheinlich schon nächste Woche der Bau eines Staatssanatoriums für Pennsylvania begonnen werden.

Dr. Mannheimer sagt, dass meine Behauptung, dass die Behandlung der Phthisiker in offenen Kurorten illusorisch sei, übertrieben sei. Er nahm diese Behauptung aus meiner Arbeit, und um Missverständnissen vorzubeugen, erlaube ich mir den kleinen Satz im Original vorzulesen:

"Mais, pour un malade avec une phthisie en evolution, qui peut aggraver son état par la moindre imprudence ou faute d'hygiène, pour un homme dont la surveillance continue, l'éducation physique et morale, constituent le traitement principal, l'etablissement fermé est le

seul endroit on il puisse espérer une guérison; et je répète en toute conviction que pour un phthisique en voie d'évolution, le traitement dans les stations libres est illusoire."

Das heisst doch auf gut deutsch:

„Aber für einen Kranken im Entwickelungsstadium der Phthise, welcher durch die kleinste Unvorsichtigkeit oder den geringsten Diätfehler seinen Zustand verschlimmern kann, für einen Leidenden dessen Hauptbehandlung in der physichen und moralischen Erziehung besteht, ist die geschlossene Heilanstalt der einzige Ort wo er Hoffnung auf Genesung haben kann."

Und ich wiederhole es aus voller Ueberzeugung, für einen Phthisiker im Entwickelungsstadium, ist die Behandlung in offenen Kurorten illusorisch.

Noch ein Wort über die von Dr. Mannheimer empfohlenen Mittel. Er sagt, Alkohol sei sehr gut als Antipyreticum. Meine Herren, ich fürchte mich davor, einem Patienten Alkohol zu geben, um seine Temperatur herunterzuhalten. Wenn er dann nicht an der Schwindsucht stirbt, stirbt er vielleicht an Delirium tremens. Auch gegen das von ihm zu diagnostischen und therapeutischen Zwecken empfohlene Antituberkulin möchte ich mich verwahren. Meine vielleicht nicht grosse Erfahrung hat mich gelehrt, dass man es selbst nicht zu diagnostischen Zwecken brauchen sollte.

Es sind einige Fälle in der Literatur bekannt, wo Antituberkulin eine latente Tuberkulose sehr rasch entwickelt hat, die schliesslich tödtlich auslief.

Dr. Arcularius hat bereits erwähnt, dass die hygienisch-diätetische Behandlung in der geschlossenen Heilanstalt wohl die beste sei. Ich möchte nicht sagen, dass, wenn man einen Patienten ordentlich erzieht, man ihn nicht ebensogut ausserhalb einer Heilanstalt behandeln könnte. Es giebt einmal nicht Heilanstalten genug, alle Kranken unterzubringen, und sehr viele Patienten sind sozial so situirt, dass man ihnen allen Comfort und alles, was zur modernen Phthisebehandlung nöthig ist, gewähren kann. Was nöthig ist, ist eine energische Erziehung, und wenn der Patient gehorsam und intelligent ist, so lässt sich das wohl ganz gut ausführen.

Der Herr Präsident bat mich in einem Brief, wenn mir noch einige Minuten Zeit übrig wären, meine Modifikation des Dettweiler'schen Taschenfläschchens zu demonstriren. Ich habe den Versuch gemacht, dasselbe in Aluminium machen zu lassen. Dadurch wird das Fläschchen viel leichter und unzerbrechlich. Nur kommt die Sache sehr theuer. Dies ist die Taschenflasche, die in meinem Vortrag beschrieben und illustrirt worden ist. Seitdem habe ich etwas Praktisches gesucht und gefunden. Dies ist leichter, billiger. Man kann es durch und durch sterilisiren. (Demonstration).

Dr. A. Rose: Ich wünsche Ihnen zunächst einen Brief vorzulesen, den eine Patientin aus der Anstalt an ihre Eltern geschrieben hat. Ich glaube, dass solche Briefe, wenn sie veröffentlicht würden, sehr viel Nutzen stiften und im Publikum richtigere Ansichten über derartige Anstalten verbreiten könnten:

„Das Régime, welches in dieser berühmten Anstalt befolgt wird, ist

ein sehr strenges, und Niemand ist zum Vergnügen oder zur Zerstreuung hier. Irgend jemand der sehr krank ist, sollte ich denken würde es unmöglich finden die strengen Vorschriften zu beobachten. Der Grundgedanke ist die Constitution durch eine Art Stopfung mit Nahrung (alle Nahrungsmittel sind besonders ausgewählt um Fett zu bilden und Stärke zu geben) und Ruhe abwechselnd mit mässiger Bewegung und sorgfältiger Eintheilung der körperlichen Uebungen fort und fort das Körpergewicht zu erhöhen, bis die Constitution hinlänglich erstarkt ist die Krankheitskeime zu eliminiren, denselben zu widerstehen und gegen Erkältungen gewappnet zu sein. Es ist wahr, ich werde noch leicht heiser, aber ich bin dennoch besser in jeder Beziehung, und mein Husten ist so viel geringer, dass Ihr Euch wundern würdet, mich jetzt zu beobachten. Obgleich wir schon tiefen Schnee haben und es noch immer schneit, sind wir jeden Tag im Freien. Ich lese während ich ruhe. Handarbeiten habe ich wenig unternommen. Das Stopfen mit Nahrung macht uns faul. Mein Zimmer ist ziemlich comfortable mit elektrischem Licht und warmer Luft, aber ich habe stets die Fenster weit offen, ausgenommen wenn ich ausgehe. Frische Luft ist ein wunderbares Tonicum. Dr. Walther ist freundlich aber sehr streng. Es sind so viele Kranke aus allen Theilen Europa's die aufgenommen sein möchten, und diesr Umstand macht ihn sehr unabhängig. Ich hoffe, dass ich einen grossen Vorrath von Gesundheit und Stärke einlegen werde, der mir für viele kommende Jahre reichen wird. Wenn P.'s Husten sich verschlimmern sollte, so möchte ich ihm empfehlen, hierher zu kommen um gesund zu werden. Es erfordert aber einen grossen Muth und viel Ueberwindung um die Menge Fettes und rohen Fleisches, das uns hier aufgezwungen wird, herunterzuschlucken. Ich mische gewöhnlich mein rohes Rindfleisch (welches fein gehackt ist) mit Honig zum Frühstück und streiche es auf Brot. Ich denke ich kann in Wahrheit sagen, dass wir, seit ich hierher kam nicht einen einzigen Nahrungsartikel haben, der mir wirklich angenehm ist, oder den ich selbst auswählen würde, ausgenommen Orangen, Custard und einige Gemüse. Unsere Diät besteht hauptsächlich aus einer grossen Menge Fleisches dreimal täglich, einem grossen Quantum Milch und Butter. Alles ist sehr gut in seiner Art. Wir haben zwölf Jersey Kühe. Schweinefleisch wird viel gegessen, etc."

Gleichzeitig mit diesem Brief erhielt ich ein Exemplar einer Brochüre meines Freundes, Dr. Georg Schröder, der einer der Aerzte eines Sanitoriums für Lungenkrankheiten zu Hohenhonnef am Rhein ist. Der Titel dieser Abhandlung lautet: Ueber das Fieber bei der chronischen Lungentuberculose.

Der angeführte Brief des Patienten bildet gewissermassen eine Illustration zur Abhandlung meines Freundes. Er sagt: „Die Anstrengungen der Bacteriologisten ein specifisches Mittel gegen den Tubercelbacillus zu finden sind gewiss der höchsten Anerkennung würdig; bis jetzt aber sind wir nicht im Besitz eines antibacillären Mittels, und die Aussichten der Phthisiotherapie in dieser Richtung sind wenig versprechend." Ich stimme Dr. Schröder vollkommen bei wenn er sagt, dass *πολυπραγμασίνη* (nicht Polypragmasie wie wir so oft in

deutschen medicinischen Zeitschriften und Büchern lesen) in Bezug auf Bacteriologie der Tuberculose so weit getrieben wird, dass darüber von Manchen das Studium der Krankheit selbst und ihres Verlaufes vernachlässigt wird. Er demonstrirt die Wichtigkeit der hygienisch-diätetischen Behandlung, und wie diese Behandlung der Natur und dem Verlauf des Fiebers anzupassen ist. Ughetti sagt: Wenn ein wirklicher Fortschritt in Bezug auf unsere Kenntniss der Natur des Fiebers im Allgemeinen zu vermerken ist, so ist es der, dass wir jetzt überzeugt sind, dass wir nichts darüber wissen, während es vor fünfzig Jahren Einige gab die sich einbildeten, dass sie es wussten. Gegenwärtig ist die Natur des Fiebers ein Geheimniss für Jedermann.

Wenn wir alles zusammenstellen was über die Beziehung des Fiebers zur Lungentuberculose beobachtet worden, so scheint es, dass der Tubercelbacillus selbst Fieber zu verursachen vermag. Es ist selbstverständlich, dass er mit Eitererregern und anderen Toxinen gesellschaftet ist. Ueberanstrengung mag in gesunden Personen eine leichte Temperaturerhöhung verursachen die kürzere oder längere Zeit anhält. In Phthisikern verursacht geistige oder körperliche Anstrengung hohes Fieber. Die Kenntniss dieser Thatsache ist in Bezug auf Behandlung von grosser Wichtigkeit. Es ist bemerkenswerth, dass manche Fälle durch Fieber gekennzeichnet sind, während andere einen afebrilen Verlauf nehmen. Es mag sein, dass in den afebrilen Fällen eine genügende Menge von Alexinen sich im Blut befindet. Schröder's Arbeit bringt u. A. die Geschichte seiner Patienten die trotz dem bestehenden hohen Fieber an Gewicht zunahmen. Es war dies der Fall weil eine wohl ausgewählte Diät die Functionen des Nahrungscanals intact erhielt. Selbst in Fällen in den das Fieber nicht weichen will, trotzdem rationelle therapeutische Massnahmen angewendet werden, ist die Prognose nicht immer absolut ungünstig. Alles hängt davon ab wie der Patient das Fieber verträgt. Es ist auffallend wie wohl und wie lange manche Phthisiker erhöhte Temperatur vertragen können.

In Bezug auf Behandlung des Fiebers in chronischer Lungentuberculose und der Behandlung dieser Krankheit im Allgemeinen; das Hauptaugenmerk muss darauf gelegt werden nicht nach einer Schablone zu handeln, sondern zu individualisiren.

Beim Lesen von Schröder's Bericht und ähnlicher Berichte über die Resultate der Behandlung in Sanatorien der transatlantischen Länder ist es wohlthuend etwas zu finden, welches uns im Interesse unserer Kranken direct von Nutzen sein kann, anstatt immer von Bacillen und von Tuberculin zu hören. Seit wir daran gewöhnt sind über die Gefahren der Infection durch den Tubercelbacillus unterrichtet zu werden, seit wir die Veordnungen des Board of Health in Bezug auf diese Microben kennen, mag es mir gestattet sein wieder einmal, wie ich schon so oft gethan, auf die Dinge aufmerksam zu machen, welche recht anstössig sind, welche keine Existenzberechtigung haben, seit uns die Aetiologie der Tubeculosis bekannt ist.

Es ist vor allen Dingen der Teppich. Wenn wir bei jeder passenden Gelegenheit seine Gefahren hervorheben, so wird dieses specifisch englische Unding allmälig verschwinden.

In zweiter Linie ist es das Loch das man euphorisch "dark bedroom" nennt.

Drittens ist es das Basement.

Ich möchte Bausuperintendenten vorschlagen, Häuser zu errichten, an denen man Schilder anbringen könnte, welche lauten: „In diesen Häusern sind weder dark bedrooms, noch Basements, auch sind Teppiche in denselben überflüssig." Diese Häuser würden sich gut „verrenten" und würden von wünschenswerthen Miethern bewohnt werden.

Dr. A. Seibert: Dr. Mannheimer hatte die Güte, meinen Namen auch auf die Liste der Diskutirenden setzen zu lassen, und zwar aus folgendem Grunde: Unmittelbar nach seinem höchst interessanten und ausserordentlich anregenden Vortrag schickte ich ihm den Abdruck eines Vortrags, den ich im Herbst 1886 in der wissenschaftlichen Versammlung der Aerzte des Deutschen Hospitals und Dispensary's über das Thema „Zur Behandlung chronischer Lungenaffectionen in Anstalten mit Kurorten" gehalten hatte. Dieser Vortrag war ein Reisebericht über eine Inspections-Tour, die ich im Sommer 1886 nach Görbersdorf in Schlesien, Falkenstein in Taunus und Davos in der Schweiz machte, und zwar als Vertreter der Deutschen Gesellschaft hier, deren Arzt ich 15 Jahre war, aber selbstverständlich auf eigene Reisekosten, und zwar mit der Absicht, meinen tuberkulösen armen Patienten eine Anstalt durch diese Gesellschaft errichten zu lassen. Meines Wissens ist das erste Bestreben hier zu Land gewesn, eine Anstalt für arme Schwindsüchtige zu schaffen. Ich hatte den Plan jahrelang vorbereitet. Er war mit dem Verwaltungsrath durchgesprochen worden. Die Herren waren so weit, dass das Committee hier in der Nähe von New York innerhalb 50 Meilen sich verschiedene Plätze angesehen hatte, um meinem Plan gemäss vor allem eine grosse Farm zu kaufen, deren Haus als Wohnung für die Verwaltung dienen sollte, und um dann Gebäulichkeiten nach dem Baracken-System daneben zu etabliren. Es wurde nichts daraus, weil Herr Ottendorfer von der „Staats-Zeitung" den Verwaltungsrath der Deutschen Gesellschaft veranlasste, anstatt diese Anstalt zu bauen die Mitverwaltung der Isabella-Heimath zu übernehmen. Ich erwähne das einfach als historische Thatsache. Das schloss denn jede weitere Thätigkeit der Deutschen Gesellschaft in der von mir angeregten Richtung vollständig aus.

Ich will nicht wiederholen, was ich in den genannten Anstalten gesehen habe. Ob ein Patient gedoucht wird oder nicht, ob er mehr oder weniger weit spazieren geht, ob er einige Stunden eingewickelt wird, das ist alles sehr gut, aber die ganze Therapie können wir in zwei Worten zusammenfassen: Frische Luft bei Tag und Nacht, im Winter und Sommer, bei Regen und Sonnenschein, Schnee und trockener Witterung, und vorzügliches Essen. Nun frage ich Sie: Wem kann diese Behandlung zu gute kommen? Doch nur den reichen Leuten. Die Tuberkulose aber, meine Herren, ist vor allem eine Volkskrankheit. Ich bin in Hamburg gewesen während der Cholera. Ich habe an einem Tage über 1500 Cholera Patienten gesehen, aber ich kann Sie versichern: es hat mir nicht so imponirt wie die vielen tuber-

kulösen Kranken in den Tenement-Häusern der Ostseite die ich in den 15 Jahren, da ich Arzt der Deutschen Gesellschaft war, habe sterben sehen. Gesund, geheilt, wurde keiner.

Ob Lungentuberkulose durch die Behandlung mit frischer Luft und guter Ernährung wirklich zu heilen ist, ist mir zweifelhaft, ich gestehe das ehrlich. Und ich bin heute in dieser Beziehung viel skeptischer als vor 11 Jahren. Wenn ich heute an obiges Project denke, dem ich Geld, Zeit und Mühe geopfert hatte, so weiss ich nicht, ob ich nicht heute froh bin, dass nichts daraus geworden ist. Es wäre schliesslich so eine Art "Home of Rest," ein tuberkulöses Sterbehaus entstanden, wie wir das oben in Westchester County haben. Wie gesagt, nur die Reichen können sich die moderne Schwindsuchtsbehandlung erlauben, sogar die eleganten Spucknäpfchen. Eine ganz gewöhnliche Flasche mit einfachem Kork würde vielleicht dieselben Dienste leisten. Denn wenn sich schliesslich einmal ein tuberkulöser Patient inficirt, so kann das doch nichts schaden, er ist doch schon inficirt.

Ich las letzten Sonnabend auf dem Heimweg in der "Evening Post" eine Kabeldepesche, die über London kam. Es stand darin, dass Prof. Koch in der neuesten Nummer der „Deutschen Medicinischen Wochenschrift" das verbesserte Tuberkulin beschrieben hat. Herr Präsident, ich warte darauf. Ich kann über die ganze Behandlung der Lungentuberkulose für das Volk, für den gemeinen Mann, für den allgemeinen Arzt nur sagen: ich warte auf Koch's verbessertes Tuberkulin und hoffe nur, dass ich erleben werde, dass es sich bewährt wie Behring's Serum bei der Diphtherie. Denn wenn ich es nicht erlebe, so weiss ich, dass ich niemals mit meiner Behandlung von Lungentuberkulose zufrieden sein werde. Es kann sich freilich einmal ein tuberkulöser Heerd in der Lunge abkapseln, und habe das auch schon beobachtet, aber ich bin doch zu skeptisch, um zu glauben, dass ich auch nur das Geringste dazu beigetragen habe. Einer so absolut infectiösen Erkrankung wie die Tuberkulose, die so den Körper durchseucht, der kann wirklich, namentlich als Volkskrankheit, nur durch ein Mittel eine Schranke gesetzt werden, das uns sicherlich die Bakteriologie noch liefern wird. (Bravo).

Dr. L. Weiss: Ich möchte die Debatte über den anregenden Vortrag des Herrn Collegen Mannheimer nicht weiter in die Länge ziehen. Wir sehen ja, wie grosse sanguinische Hoffnungen mit nihilistischen Anschauungen Hand in Hand gehen, und eine Debatte über eine so infectiöse Krankheit wie Lungentuberkulose erinnert mich immer an die Unfruchtbarkeit der Debatten, die wir über Diphtheritis, Erysipel u. s. w. halten. Das eine Gute aber hat es, dass sich die Ansichten kundgeben und läutern, und dass die Debatte sich manchmal auf Seitenwege verirrt, die ebenfalls zuweilen nutzbringend sind.

Meritorisch hätte ich zu dem, was Dr. Mannheimer gesagt hat, nichts hinzuzufügen. Die diätetisch-hygienische Behandlung, die freie Luft-Behandlung ist die ideale, die Einzige, von der wir bis jetzt die besten Resultate gesehen haben. Allein ich glaube, dass, wenn man die Verhütungsmassregeln in Betracht zieht, man vielleicht auch etwas leisten könnte. Und das bringt mich auf den eben jetzt

sehr acuten Zwiespalt, der zwischen den praktischen Aerzten und unserem Gesundheitsrath herrscht. Es wird niemandem einfallen, die theoretische Richtigkeit von Verhütungsmassregeln bestreiten zu wollen. Aber sowie die Zwangsanmeldung, die Zwangsdesinficirung ins praktische Leben hinübergreifen soll, werden sie undurchführbar; schon dadurch, weil wir nicht alle Tuberkulösen erreichen können, denn wir kennen sie ja nicht; und ferner dadurch, dass dann selbst die primitivsten Massregeln nicht beobachtet würden, weil aus Furcht vor der Anmeldung der Rath der Aerzte nicht eingeholt würde. Meiner Ansicht nach müssten die den öffentlichen Behörden unterstehenden Departements vor allem Musteranstalten sein. Aber von dort geht eigentlich meistens die Infection von Tuberkulose aus. Wer jemals in öffentlichen Amtslokalen hier das mit scharfschützenartiger Geschicklichkeit stattfindende Räuspern und Spucken der Leute gesehen hat, der wird mir zugeben, dass der Gesundheitsrath vor allem in seinem Departement Spucknäpfe mit desinficirender Flüssigkeit vorräthig halten, und vor seiner eigenen Thüre, aber immer feucht, kehren sollte; wie wir ja wissen, dass nur die feuchte Desinfection einigen Nutzen hat. Das würde viel wichtiger sein, als den armen Lungenkranken zu stigmatisiren und ihm den Stempel eines gemeinschädlichen Individuums aufdrücken zu wollen. Die Privatdesinfection kann man getrost den Aerzten überlassen, und ich glaube, dass heute jeder gebildete Arzt wohl weiss, wie Sputa zu desinficiren sind, wie den Paitenten hygienische Belehrung und deren Ausführung zu verschaffen ist u. s. w. . . . Aber die Hauptsache wird doch die sein, wie den armen unbemittelten Patienten die Wohlthat der diätetisch-hygienischen Massnahmen gewährt werden kann, und das könnte nur dann geschehen, wenn man Volksanstalten gründen würde; aber in Abwesenheit solcher wird jeder gebildete Arzt genug wissen und Alles versuchen, um im eigenen Heim des Patienten so gut als möglich dahin zu wirken, dass Luft, Licht, Ernährung und Desinfection in ihre Rechte treten.

Ich möchte nur noch einige Worte über therapeutische Massnahmen bemerken, und zwar über Creosot. Ob das Creosot wirklich baktericid wirkt, ist noch nicht entschieden. Nach der Untersuchung von Paul Guttman ist 1 Gramm Creosot auf 4000 Gramm eines Nährbodens nöthig, um eine bakterientödtende Wirkung hervorzurufen. Wenn wir, wie angenommen, 4 Kilo Blut im Körper haben, müsste jeder Mensch 1 Gramm Creosot anhaltend in seinem Blute cirkuliren haben um dasselbe steril zu erhalten. Die Sache wird sich aber so verhalten, dass die durch das Creosot herbeigeführte erhöhte Ernährung auch das Lungengewebe widerstandsfähiger machen und so Besserung veranlassen wird. Keinesfalls glaube ich, dass die immens grossen Dosen von Creosot berechtigt sind. Ich denke, wenn einer ein Gramm oder zwei täglich verzehrt, so wird ihm das eben so viel nützen, wie vier oder fünf Gramm, wenn nur dieses eine Gramm wirklich im Blute cirkulirt.

Was nun die Lymphe betrifft, so möchte ich mit Dr. Seibert wünschen, dass das, was er gelesen, sich bewahrheiten sollte, denn das einzige Heil wird für den armen unbemittelten Kranken nur durch

den Bakteriologen hervorgebracht werden, und ich glaube, wenn wir seinerzeit minimalste Dosen, Zehntel vom mgr. Tuberkulin gegeben und nicht sklavisch auf die Reaktion gewartet hätten, dass wir dann nicht das Kind mit dem Bade ausgeschüttet haben würden, denn die eigenthümliche Einwirkung des Stoffes auf tuberkulöse Gewebe bleibt immerhin sehr merkwürdig. Also hoffen wir! (Bravo.)

Dr. Henry G. Krause: Ich hatte nicht das Vergnügen, den Vortrag von Dr. Mannheimer zu hören, aber es dürfte wohl von Interesse sein, wenn ich mich Ihnen als ehemaligen Patienten der Brehmer'schen Anstalt vorstelle. Es war Mitte der siebziger Jahre. Ich diente bei der Artillerie in Dresden, und wer weiss, unter welch schwierigen Verhältnissen wir exerziren mussten (Sandtaub etc.), der wird beurtheilen können, dass dort wohl Gelegenheit ist sich eine derartige Krankheit zuzuziehen. In unserer Familie ist durchaus keine hereditäre Belastung. Alle meine Vorfahren sind alt geworden. Ich ging damals zu dem Oberstabsarzt Jacobi. Derselbe ertheilte mir den Rath, so schnell als möglich um längeren Urlaub einzukommen. Ich erhielt denselben. Ich ging nach Leipzig. Herr Geh. Medicinalrath Dr. Wagner, unser Familienarzt, rieth mir, mich schleunigst nach Görbersdorf in gen. Anstalt zu begeben, denn alles Mediciniren nütze nichts.

Ich hatte einen Lungenspitzencatarrh, und nach Geh. Wagner beginnende Tuberkulosis. Ich bin vier Monate in G. gewesen, wurde als geheilt entlassen und bin es bis jetzt geblieben. Ich kann fast alles unterschreiben, was Dr. Arcularius heute Abend in Betreff der Anstalt erwähnt hat. Die Anstalt ist in idealster Weise eingerichtet. Was Dr. Seibert's Bemerkungen betrifft, so glaube ich, hat er viel zu wenig Zeit darauf verwendet, sich genauer mit der Hydrotherapie zu befassen. Jedenfalls hat die Hydrotherapie in den Händen gebildeter Aerzte eine grosse Zukunft. (Beifall.)

Dr. C. Bloch: Ich muss sagen, meine Herren, dass mir der ungeheure Pessimismus von Dr. Seibert doch sehr seltsam erscheint. Wenn man die Thatsache bedenkt, dass man bei einer so grossen Masse Leichen alte Tuberkelnarben als zufällige Nebenbefunde sieht, so ist es doch ganz klar, dass die Tuberkulose sehr oft heilt, und zwar oft ohne dass irgend jemand von dem Bestehen derselben gewusst hat. Ferner möchte ich fragen, ob er jemals Gelegenheit gehabt hat, Autopsien zu machen an Leuten, welche mit grösseren Creosotgaben behandelt worden sind. Es ist ganz auffällig zu sehen, wie rein diese Lungen aussehen; in vielen Fällen sieht man, selbst in Cavernen, nicht einen Tropfen Eiter, nur eine ganz steinharte fibröse Masse; oft ist anscheinend kaum eine Spur athmungsfähigen Gewebes übrig, so dass man sich wundert, wie das Leben so lange erhalten blieb. Ich weiss, als ich vor sieben Jahren zuerst im Montefiore Home eingetreten bin und die Kranken behandelt habe, bin ich mit der Morphinspritze Trepp auf Trepp ab herumgelaufen, um die vielen Lungenblutungen zu stillen. Die Zahl der Kranken in der Anstalt hat sich während der Zeit meines Dienstes verdoppelt. Die Anzahl der Lungenkranken ist auf 150 bis 180 gestiegen, statt 80 bis 90 zur Zeit, als ich eintrat. Trotzdem habe ich Monate lang keine Injectionen gemacht, weil Lungenblutungen bei der Creosotbehandlung überhaupt kaum noch vorkamen. Auch

andere Complikationen sind sehr selten geworden. Kehlkopfkrankheiten sind sehr selten geworden. Kehlkopfkrankheiten habe ich unter Einfluss der Creosotbehandlung sich nie entwickeln sehen. Kehlkopfphthise kam im Montefiore Home nicht vor, wenn sie nicht schon hineingebracht wurde. Eben so selten wurde die gefürchtete Darmphthise. Dass Creosot die Tuberkulose heilt, will ich nicht behaupten, aber die Erfolge waren so überraschend, dass ich mich thatsächlich zu fast unsinnigen Experimenten habe verleiten lassen — ich bin gründlich davon zurückgekommen. Ich war so weit gegangen, den Leuten von gewöhnlichem Buchenholzcreosot bis zu 300 Tropfen dreimal täglich zu geben, und es hat ihnen gar nichts geschadet; viele vorgeschrittene Kranke sind heute nach Jahren noch wohl. Ich will gar nicht behaupten, dass sie geheilt worden sind, aber angesichts der vorgeschrittenen Phthise, mit der wir es gewöhnlich im Montefiore Home zu thun bekommen, war es immerhin ein Erfolg. Freilich wenn ich jetzt die Leute down-town schicke in die Sweatshops, da zweifle ich keinen Augenblick, dass sie wieder Phthise bekommen. Dass aber viele dieser Leute bei vernünftiger Lebensweise, nicht zu schwerer Arbeit und gutem Essen gesund bleiben, das glaube ich, nachdem ich ihre Schicksale oft 3—7 Jahre lang verfolgen konnte, behaupten zu können. — Ich bin noch weiter gegangen und habe zwei Leuten, bei denen absolut nichts mehr zu verlieren war, bis zu 900 Tropfen, als höchste Einzeldose, Creosotcarbonat gegeben, bis das ganze Blut in eine mehr als ½-prozentige Creosotlösung verwandelt war. Ich gestehe offen, das ist ein Versuch, den ich nicht wiederholen möchte. Er ist nur dadurch zu entschuldigen, dass ich dazumalen so enthusiastisch für Creosotbehandlung war, dass ich an innere Antisepsis als eine Möglichkeit glaubte. Genützt hat es den Leuten sicher nicht; ob es ihnen geschadet hat, weiss ich nicht. Die Bacillen sind bei diesen ungeheuren Gaben nicht einmal verschwunden, im Gegentheil sie waren sehr zahlreich.

Dr. B. S. Talmey: Meine Herren, nachdem ich heute von Dr. Seibert mit meinem Antrage geschlagen worden bin, freue ich mich jetzt mit ihm übereinstimmen zu können. Ich hatte voriges Mal, als Dr. Mannheimer seinen Vortrag gehalten hat, das Gefühl, dass doch Luft und gutes Essen die Ursache wären, dass die Tuberkulösen in den Instituten besser geworden sind; vielleicht wirkt auch etwas die Wasserbehandlung. Ich denke aber doch, die Hauptsache der Besserung wird die sein, die Dr. Seibert genannt hat. Dass Creosot etwas von Nutzen ist, dass der Bronchialcatarrh etwas dabei besser wird, dass der zähe Schleim sich reinigt, das ist wohl richtig, aber dass es wirklich Tuberkulose heilt, möchte ich bezweifeln. Nicht einmal besser kann es die tuberkulös erkrankte Partie machen. Ich wollte mit meinem mich zu Worte melden eben blos bestätigen dass auch ich zu den Nihilisten gehöre, die bei Tuberkulose nicht an Medicin und sonstigen Firlefanz, sondern nur an Luft und gutes Essen glauben.

Dr. L. Arcularius: Ich wollte Dr. Knopf nur erwiedern, dass ich nicht gemeint habe, dass Görbersdorf die einzige Musteranstalt ist, aber dass Görbersdorf das Muster gewesen ist für alle, die später gekommen sind. Auch Dettweiler hat sich dort das Muster geholt und

ist drei Jahre dort Assistent gewesen. Dass er es später besser gemacht hat und dass seine Anstalt jetzt Görbersdorf überflügelt hat, glaube ich wohl.

Dann muss ich eine Lanze für die Hydrotherapie brechen. Wenn wir den schwindsüchtigen, heruntergekommenen Menschen mit schlaffen Muskeln durch eine wohl angewendete leichte Hydrotherapie ein bischen mehr Nerv einhauchen können, warum sollen wir das nicht thun? Man soll nur die Kranken selbst fragen, wie ihnen die Hydrotherapie bekommt. „Die Hydrotherapie verschafft mir neues Leben, da kann ich Berge hinaufsteigen wie ein Reh; ohne die Douche könnte ich das nicht." Die Leute sind oft eine halbe Stunde Wegs den Berg hinaufgelaufen, ohne zu ermüden, ohne sich zu erhitzen. Das kann Keiner, der nicht vorher eine Douche hatte. Und ebenso sind auch die Abreibungen ein grosser Vortheil für die Leute. Es würde sehr gut sein, wenn der praktische Arzt auch für die gewöhnliche Familienpraxis bei Phthisen, die nicht zu weit vorgeschritten sind, das Nervenerregende Element anwenden wollte, das in der Hydrotherapie liegt. Ich thue das nicht bei allen, aber bei sehr vielen, und wenn ich frage wie es ihnen bekommt, so sagen sie: ausgezeichnet.

Dr. S. A. Knopf: Ich möchte die Herren Chirurgen fragen, ob sie eine lokale Tuberkulose ebenso behandeln, als wenn sie eine Lungentuberkulose behandeln. Ich glaube, sie machen einen Unterschied und geben ganz besonders Obacht auf die lokale Behandlung. Es ist eine durch und durch verschiedene Krankheit. Wenn ein Phthisiker sich durch einen Unfall verletzt und im Finger, im Arm oder einem anderen Glied eine neue Verletzung bekommt und tuberkulös wird, dann geht er zum Chirurgen, dann bleibt er nicht beim Mediciner. Dann weiss er, dass er eine andere Krankheit hat, und diese zweite Krankheit möchte ich vermeiden, indem ich dem Patienten solche Vorsichtsmassregeln gebe, dass er sich nicht von neuem inficiren kann, weder lokal noch generell.

Ich möchte allen Herren, die am Werth der Hydrotherapie in der Phthisebehandlung zweifeln, empfehlen, das Winternitz'sche Buch über dieses Thema zu lesen. Jeder kann daraus viel lernen. Ich habe keine Zeit gehabt, hier von Hydrotherapie zu reden, und bedaure, dass Dr. Baruch nicht hier ist.

Dr. A. Seibert: Ich will nur eine persönliche Bemerkung machen. Einer der Herren hat mich so verstanden, als ob ich die Hydrotherapie als solche vollständig nichtachte. Er verstieg sich zu der Bemerkung, dass ich mich wahrscheinlich nicht lange genug mit dem Thema befasst hätte, um darüber ein Urtheil fällen zu können. Ich möchte darauf erwidern, dass ich seinerzeit, und zwar gerade unter Geh. Wagner, meinem verehrten Freund und Lehrer, mit der Hydrotherapie bekannt wurde. Ich bin 20 Jahre Arzt und habe einiges über Wasserbehandlung gelesen. Ich benutze die Hydrotherapie jeden Tag, und habe nicht den leisesten Zweifel, dass geeignete Hydrotherapie eines der Mittel ist, um Tuberkulösen ihr miserables Dasein angenehmer zu machen, ihren Appetit zu reizen, ihnen Schlaf zu bringen. Aber, meine Herren, ich sage nur das eine, die Hydrotherapie ist auch kein Mittel das die Tuberkelbacillen im Körper tödtet, eben-

sowenig wie die Menge Creosot, nach welcher die Tuberkelbacillen, wie der andere College berichtete, noch massenhaft da waren, so dass es absolut nichts genützt hat, und ich stimme mit seinem Schlusssatz überein, dass die ganze Creosotbehandlung eine Heilung der Tuberkulose nicht bewerkstelligt.

Dr. A. Bloch: Ich glaube, der College hat mich missverstanden. Die ganze Creosotbehandlung hat den Patienten wohl genützt. Ich meinte nur, dass in dem einen Fall die übertriebene Gabe nichts genützt hat.

Dr. G. Mannheimer (Schlusswort): Meine Herren, wir scheinen darüber einig zu sein, dass die hygienisch-dietetische Behandlungsmethode der Lungentuberkulose die einzige ist, die sich bis jetzt bewährt hat, und das beste was wir unseren tuberkulösen Patienten bieten können. All das, was diese Behandlungsmethode in sich schliesst, versuchte ich in meinem Vortrag auseinander zu setzen. Wenn auch „frische Luft und gute Ernährung" den Grundstock der Methode ausmachen, so deckt dieses Schlagwort doch nicht die Sache. Abgesehen davon, dass es sehr darauf ankommt, wie man es macht, so sind doch die übrigen Componenten des "tout ensemble" keinesfalls zu vernachlässigen. „Im Kleinen gross sein" ist der Rath Brehmer's, den wir nicht genug beherzigen können. Kein gewissenhafter Arzt wird sich damit begnügen, einem Tuberkulösen Creosot oder sonst etwas zu verschreiben und ihm zu sagen: „Gehen Sie viel an die frische Luft und essen und trinken Sie, so viel und so gut wie Sie können." Wer so verfährt, muss Pessimist werden. Unsere Aufgabe ist es die gesammte Lebensweise unserer Patienten zu regeln und sie vor Schädlichkeiten zu bewahren. Absolute Controlle ist dazu unbedingt nöthig. Leichtsinn und Armuth auf Seiten des Patienten sind schlimme Complicationen und häufig mehr als die Krankheit selbst für den schlechten Ausgang verantwortlich.

Aus den Aeusserungen des Herrn Dr. Seibert dürfen wir entnehmen, dass es die Sehnsucht der praktischen Aerzte, speciell derjenigen, die mit weniger bemittelten Patienten zu thun haben, ist, ein specifisches Mittel gegen Tuberkulose zu besitzen. Sollte uns ein solches bescheert werden, so wäre damit schon viel gewonnen, doch bei weitem nicht alles: die Krankheitserreger, die Tuberkelbacillen, könnten wohl dadurch unschädlich gemacht werden, aber damit ist weder die tuberkulöse Lunge geheilt, noch der kranke Mensch gesund geworden. Das muss oder soll die hygienisch-dietetische Behandlung; über den Werth der Sanatorien kann kein Zweifel mehr bestehen. Es wäre nur zu wünschen, dass mehr Anstalten dieser Art hierzulande errichtet würden. Es war jedenfalls interessant und belehrend, die Einzelheiten des Lebens und Treibens in einem Sanatorium beschreiben zu hören von Collegen, die dasselbe als frühere Patienten aus eigener Anschauung kennen.

Herr Dr. Knopf hat mir Behauptungen in den Mund gelegt, die ich nicht gemacht habe. Ich habe mir über den relativen Werth der verschiedenen Systeme, nach welchen Sanatorien gebaut werden, kein Urtheil erlaubt. Ich führte die Statistik des Adirondack Cottage Sanatoriums an wegen des Interesses für uns New Yorker. Die dort er-

zielten günstigen Resultate sind nach meiner Meinung nicht dem Cottage System, sondern der hygienisch-dietetischen Behandlungsmethode zuzuschreiben. Bezüglich der Frage, welche Patienten den Sanatorien zugehen sollten, möchte ich Herrn Dr. Knopf gegenüber meinen Standpunkt nochmals präcisiren. In die Heilstätten, speciell diejenigen für die Armen, gehören nur heilbare, oder besser gesagt, anscheinend heilbare Phthisiker. Die Frage ob ein Phthisiker heilbar oder unheilbar ist, ist in vielen Fällen sehr schwierig, und Irrthümer können nicht ausbleiben. Eine Entscheidung sollte nicht getroffen werden, ohne dass der Patient für eine genügend lange Zeit unter den bestmöglichen hygienischen Verhältnissen beobachtet worden ist. Die Begriffe „beginnend" und „heilbar" sowie „fortgeschritten" und „unheilbar" sind durchaus nicht gleichbedeutend. Eine grosse Anzahl vorgeschrittener Fälle können wieder erwerbsfähig gemacht werden und sollten in den Heilstätten Aufnahme finden, und finden sie auch, wie z. B. im Adirondack Cottage Sanatorium. Unheilbare Fälle sind meist leicht zu erkennen, und sollten unbedingt von den Sanatorien ausgeschlossen, dagegen in Homes und Specialhospitälern verpflegt werden. Für jede Heilanstalt muss eben die Rekrutirung nach einem bestimmten Plane geschehen. Damit geschieht keinem Kranken Unrecht.

Die Bedeutung der klimatischen Kurorte ist in der Discussion nicht erwähnt worden. Es ist schade, dass Herr Dr. Gleitsmann nicht anwesend sein kann, um uns seine Ansichten und Erfahrungen auf diesem Gebiete mitzutheilen.

Ueber den Nutzen des Creosots habe ich nicht viel hinzuzufügen. Was die übertrieben hohen Dosen betrifft, mit denen z. B. Herr Dr. Bloch in einem Falle experimentirte, so beweisen sie eben nur, wie viel manche Menschen aushalten können.

Zum Schluss möchte ich einige Bemerkungen anschliessen, zu denen mich der Inhalt eines Leitartikels der N. Y. Medicinischen Monatsschrift (Februar-Nummer) veranlasst. Ein Absatz dieses Artikels „Zur Verstaatlichung der Tuberkelbacillen in New York" lautet: „Statt dem Arzte, der mit schonendem Takt und Discretion den gefürchteten Namen so lange als möglich umschreibt, ohne deshalb die prophylaktischen Massregeln zu vernachlässigen, schleudert der Staat gleich mit brutaler Offenheit die oft so verhängnissvolle Diagnose in das Haus." Der Autor und mit ihm viele Collegen lassen sich durch schwindsüchtigen Patienten die Wahrheit zu sagen. Sie wollen letzschwindsüchtigen Patienten die Wahrheit zu sagen. Sie wollen etztere nicht ängstigen, nicht erschrecken. Nun ist es die Erfahrung der besten Kenner der Phthise, dass die grosse Masse der Phthisiker „ein leichtsinniges Völkchen" ist. Mit dieser Thatsache müssen sie rechnen. Vielen Phthisikern, die anfangs durch die Eröffnung der Wahrheit sehr erschüttert werden, hilft ihr Temperament sehr rasch über diesen Shock hinweg; namentlich wenn man der Eröffnung der Diagnose die gute Prognose, d. h. die Heilungsmöglichkeit, auf dem Fusse folgen lässt. Auf andere Phthisiker macht der Anspruch des Arztes gar keinen Eindruck. Es ist eben der Fluch der beginnenden Lungentuberkulose, dass ihr der Schrecken der unmittelbaren Gefähr-

lichkeit abgeht. Es richtet sich nach den Heilungsaussichten, ob und bis zu welchem Grade wir einem Patienten die Wahrheit eröffnen; ausserdem nach seinem Bildungsgrade. Daraus ergiebt sich, dass wir nicht sogleich bei der ersten Consultation mit der vollen Wahrheit herauszukommen brauchen, sondern dass wir uns genügend Zeit lassen können, um unseren Patienten nach allen Richtungen zu studiren. Jedoch Regel sei, ihn über seinen Zustand aufzuklären. Damit deckt sich der Arzt gleichzeitig den Rücken gegen spätere Vorwürfe. Ein Verschweigen oder Beschönigen des wahren Sachverhaltes, wozu man durch finanzielle Bedenken verleitet werden könnte, führt doch nie zu einem guten Ende, sondern rächt sich immer.

Es erübrigt mir noch, meine Herren, Ihnen meinen besten Dank für die wohlwollende Aufnahme meines Vortrages auszusprechen.

Präs. Dr. W. Freudenthal: Die Abstimmung hat ergeben, dass die beiden Kandidaten Drs. Martin J. Schuh und Simon M. Brainin einstimmig zu Mitgliedern gewählt worden sind. Es wurden 41 Stimmen abgegeben. Ferner werden zu Mitgliedern vorgeschlagen: Drs. Julius Rosenberg, 24 Central Park, So., M. Moskievitz, 159 Clinton Str., Sarah Belcher, 129 W. 71. Str., S. A. Knopf, 349 W. 58 Str.

Schluss und Vertagung, 10.45 P. M.

Wissenschaftliche Zusammenkunft deutscher Aerzte.

110 West 34. Strasse.

Sitzung vom 26. März 1897.

Vorsitzender: Dr. Louis Heitzmann.

VORSTELLUNG VON PATIENTEN.

1) Dr. A. Jacobi: Das Vorkommen der verschiedenen Formen von Kretinismus in Amerika ist bis vor Kurzem geleugnet worden. Aus seinem bedeutenden Krankenmaterial fand Osler nur 13 Fälle und schliesst deshalb, dass diese Krankheit hier unbedingt sehr selten sei. Auch die wenigen Fälle sollen Eingewanderte oder deren Abkömmlinge sein. Dr. Jacobi zweifelt an dieser Theorie. In Tenementhäusern kann man zuweilen solche Geschöpfe antreffen, da sie aber meist ruhig und harmlos sind und ihrer Umgebung nicht sehr zur Last fallen, so wird daraus kein grosses Aufhebens gemacht und sie entgehen deshalb der Beobachtung. Dr. Jacobi hat Dutzende von Fällen gesehen, zuweilen zwei in einer klinischen Stunde, dann allerdings wieder während Monaten keinen einzigen Fall. Er stellt heute einen solchen Fall vor:

Das Kind stammt aus einer gesunden Familie, von 11 Geschwistern starben 3 an incidentellen Krankheiten, die anderen sind gesund. Die Geschichte der Pat. ist die eines rachitischen Kindes, die ersten Incisoren brachen im vierten Jahre durch, die unteren Schneidezähne im sechsten, jetzt (8 Jahre alt) hat es 12 Zähne. Die Mutter hält das Kind für verständig, aber es spreche gar nichts. Das Kind ist 72 cm. lang, der Kopfumfang ist 47 cm., über den Scheitel von Ohr zu Ohr 30 cm. Der Kopf ist gross und rund, auffallend ist die Kürze der Schädelbasis, Nasen- und Nackengrube eingezogen, die Stirnfonta-

nelle noch 5 cm. lang und 4 cm. breit, was wohl aus einer frühzeitigen Verknöcherung der anderen Knochen erklärt werden mag. Die Epiphysen sind sehr dick, die Extremitätenknochen massiv und gebogen. Platter, harter Gaumen, gedunsenes, ödematöses Gesicht, an Myxödem erinnernd, die kleinen Augen zeigen in Folge der fettig geschwollenen Oberlider Hemiptose, grosse Zunge, niedere Stirne. Die Distanz zwischen den Augen ist gross und es besteht ein mässiger Grad von Strabismus convergens. Die kurze Schädelbasis ist auf infolge des rachitischen Processes zu schnelle Bildung der Synchondrosis zwischen Hinterhaupts- und Scheitelbeinen zurückzuführen. Es besteht allgemeine Lipomatosis bei mässiger Dicke der Haut, vor den Achselhöhlen ausgesprochene Fettpolster. Bedeutende Herzschwäche in Folge der allgemeinen Debilität, kein Herzfehler. Vergebens wird man nach Thymus- oder Schilddrüsen suchen. Die Perkussion ergibt keine Dämpfung hinter dem Manubrium sterni. Redner möchte auf die beiden Cardinalpunkte aufmerksam machen, einerseits das Fehlen, respective die Verkümmerung der Thyroidea und andererseits die frühe Bildung der Occipito-Sphenoidalsynchondrose, auf die zuerst von Virchow aufmerksam gemacht wurde.

Discussion:

Dr. Willy Meyer fragt, ob in einem solchen Falle nicht die Anwendung des Thyroidins indicirt sei. Dr. Jacobi erwartet von diesem Mittel eine günstige Beeinflussung des Processes, vor allem der geistigen Ausbildung, umsomehr als nach seiner Ansicht die Dignität der Verkürzung der Schädelbasis von Bajaret und Virchow zu sehr in den Vordergrund gestellt wurde und wohl noch andere Momente mitspielen.

2) Dr. Willy Meyer: In der Mitte zwischen acutem und chronischem Empyem kommen die verschiedensten Zwischenformen vor und nicht selten finden wir in der Praxis Empyemfisteln, welche als Folgezustände unvollständig ausgeführter Operationen eine solche Zwischenstellung einnehmen. Der vorliegende Fall ist ein Beispiel davon.

Das Mädchen ist 8 Jahre alt. Im December 1895 machte es Masern durch, nach welchen sich nach 3 Wochen eine Pleuropneumonie entwickelte. Nach 7 Wochen wurde ein Empyem constatirt und durch eine Incision zwischen der neunten und zehnten Rippe mit nachfolgender Drainage dem Eiter Abfluss geschaffen. Später entwickelte sich ein Empyema necessitatis. Wo das Drain eingeführt worden war, schloss sich die Wunde, vorne blieb aber eine Fistel bestehen. Trotzdem fühlte sich das Kind wohl, bis im September starkes Fieber auftrat und dasselbe in desolatem Zustande in das deutsche Hospital gebracht wurde. Es wurde durch eine Rippenresection einer grossen Menge stinkenden Eiters Abfluss verschafft. Bei der genauen Untersuchung im October stellte es sich heraus, dass sich von der letzt gebildeten Fistel eine Sonde circa 20 cm. nach oben einführen liess und es wurde gleich vermuthet, dass der Fistelgang mit einer grösseren Höhle in Verbindung stand, was sich durch Eingiessen von Flüssigkeit feststellen liess. Die Lungen waren unregelmässig an die Pleura costalis angelegt, an einzelnen Stellen war Athmungsge-

räusch zu hören, an anderen fehlte es vollständig. Der Vortragende fand eine grosse Operation im Sinne Schede's nicht angezeigt und entschloss sich zu dem von Sprengel (Totalresection der Rippe und Auseinanderziehen der Wundränder oben und unten) in Dresden empfohlenen Vorgehen. Es wurde am 26. October an Stelle der Fistel eingegangen und gefunden, dass der Gang unter drei Rippen verlief, dann wurde die ganze siebente Rippe vom Knorpelansatz bis zum Ansatz an der Wirbelsäule resecirt. Etwa 3 cm. weiter oben gelangte man von dem Fistelgang auf einmal in eine grosse Höhle, welche sich oben unter dem Schulterblatt ausdehnte. Wegen eintretendem Collaps musste ohne zu langes Untersuchen tamponirt werden. Neben dem steten Erneuern der Tamponnade wurde bei der Nachbehandlung vor allem die von Dr. James im Bellevue Hospital angegebene Methode angewendet. Dieselbe besteht in einem Aufblasen (Inflation) der Lungen durch ein Röhrensystem, vermittelst dessen man eine Flüssigkeit von der einen Röhre in die andere treibt und so die Lungen zum Ausdehnen zwingt. In 4½ Monaten war die Höhle geschlossen. Dass sich die Haut nicht eingezogen hat, ist ein Beweis, dass es sich nur um eine Empyemfistel gehandelt hatte. Will man in solchen Fällen die Lungen zu genügender Ausdehnung bringen, so muss man die verschiedenen Gänge und Höhlen in eine Höhle umzuwandeln suchen. Natürlich ist nicht stets eine Rippenresection nothwendig, oft genügt eine intercostale Incision und nachfolgende James'sche Inflation: Der Vortragende hatte vor mehreren Jahren Gelegenheit, bei einem Jungen eine Schrede'sche Operation vorzunehmen. Kinder ertragen sonst solche Eingriffe relativ leicht. In jenem Falle ging aber Pat. in der Narcose zu Grunde. Dort hatten sich die Rippen in einen festen Knochenpanzer verwandelt, der ein Vorgehen nur mit dem Meissel ermöglichte.

Dr. A. Jacobi erinnert sich an einen Fall, den er 1874 im Bellevue Hospital wegen einer sehr langen Empyemfistel operirte. Man konnte in eine Höhle, welche mit der Fistel communicirte, noch Monate lang 1½ Pint Wasser hineingiessen. Es mussten drei Rippen resecirt werden. Die Höhle schloss sich allmälig, nicht durch Ausdehnung der Lunge, sondern durch die eintretende Verschiebung der Milz und Eingeweide nach oben und des Herzens nach links. Dr. Langmann legt einen Hauptwerth auf den Schrumpfungsprocess der Schwarten, welcher allein die Ausdehnung der Lunge ermögliche. Dr. Gleitsmann hat vor 18 Jahren in Ashville einen Mann operirt, der mit der Diagnose Tuberkulose in sein Sanatorium kam und bei dem sich eine Höhle vorfand, welche 40 Unzen Flüssigkeit fasste. Die Höhle war nach zwei Monaten verschwunden. Dr. Willy Meyer sagt, es sei unnöthig hinzuzufügen, dass bei dem vorliegenden Falle im Anfange der Behandlung schwere Fehler begangen worden seien. Schon die Localisirung des ersten Schnittes sei eine unrichtige und zu einem Empyema necessitatis soll man es nie kommen lassen. Er wollte vor allem die Aufmerksamkeit lenken auf die Nachbehandlung durch methodisches Aufblasen der Lunge.

3) Dr. W. Freudenthal zeigt eine Frau, welche seit einem Jahr heiser ist und seit einigen Wochen über Schmerzen und Schwel-

lung im Halse klagt. Sie kann wohl feste Speisen essen, doch behauptet sie, kein Wasser trinken zu können. Rechts am Halse hat die Pat. harte, geschwollene Drüsen. Das rechte Stimmband ist gelähmt in Medianstellung, das linke macht Excursionen. Man kann an maligne Neubildung denken, doch glaubt der Vortragende es mit einem Falle von Perichondritis cricoidea zu thun zu haben, mit Ankylosirung der Art. cricoarytänoidea. Ein Aneurysma oder ein Mediastinaltumor liegt nicht vor. Die Frau hat auch einen vollkommenen prolapsus uteri.

Dr. Willy Meyer stellt die Diagnose Carcinoma Oesophagi mit secundärer Betheiligung der Halsdrüsen. Die Drüsen drücken auf den Kehlkopf, sie bewegen sich mit demselben. Es bestehen dauernde Schluckbeschwerden, die Sondirung wird allein Licht in die Sache werfen. Dr. W. Gleitsmann findet die Lähmung des rechten Stimmbandes keine vollkommene, die Bewegungen der Aryknorpel sind normal. Die Parese rührt von dem Druck der carcinomatösen Drüsen auf den Nerv. laryng. inf. her. Dr. Freudenthal sagt, er habe die Pat. heute zum ersten Mal gesehen, jetzt sei die Lähmung allerdings weniger ausgesprochen, als bei der ersten Untersuchung. Im übrigen findet er auch die Sondirung nothwendig zur Aufstellung der definitiven Diagnose.

4) Dr. A. Jacobi stellt eine 59-jährige Frau vor, die bis jetzt gesund gewesen, mehrere Kinder geboren und nur zeitweise an Varicen der unteren Extremitäten gelitten hatte. Seit zwei Jahren bemerkte sie eine Schwellung des linken Oberschenkels, bei sehr mässigen Schmerzen. Die Differenz in der Circumferenz der Oberschenkel beträgt 6 cm., die Geschwulst scheint den ganzen Umfang einzunehmen, ist immerhin etwas ausgeprägter in der Gegend der Adductoren. Sie reicht nach oben bis zum Trochanter und darüber hinaus, ist nicht druckschmerzhaft. Zahlreiche geschlängelte, erweiterte Venen. Man kann einzelne Knötchen herauspalpiren, welche den Eindruck von Fettknötchen geben. Der Tumor besteht zwei Jahre. Drüsenschwellungen sind keine vorhanden. Dr. Jacobi hält sie für diffuses Lipom. Solche Lipome sind allerdings sonst meistens congenital oder doch in den frühesten Jahren auftretend.

Dr. Willy Meyer glaubt auch, dass es sich um einen der sehr seltenen Fälle von diffusem Lipom handle. Nach seiner Untersuchung glaubt er, dass die Schwellung submusculär liege. In solchen Lagen pflegten solche Geschwülste abgesackt zu sein trotz der grossen Ausdehnung. Die Operation kann nach einiger Zeit nothwendig werden, sie sei voraussichtlich nicht sehr schwer. Dr. F. Kammerer glaubt, dass diese Operationen zu den allerschwersten gehören. Er sah zwei Fälle, von denen der eine von Maas operirt wurde und wo die Geschwulstmassen ganz sich zwischen die Adductoren hineingezwängt hatten. Dr. A. Jacobi betont mit Kammerer die Schwierigkeit eines operativen Vorgehens bei solchen Geschwülsten, bei denen die Geschwulstpartien ganz allmälig in das normale Fettgewebe übergehen. Er war Zeuge bei der Operation eines diffusen Lipoms des Rückens, welche unterbrochen werden musste.

5) Dr. W. Freudenthal zeigt einen 30-jährigen Mann, welcher wegen Verstopfung der Nase zu ihm kam. Seit mehreren Jahren be-

merkte derselbe ferner eine Anschwellung zu beiden Seiten der Nase, die sich knochenartig anfühlt und die Nasenwurzel (das ganze Nasenbein) sowie die proc. nasales des Oberkiefers und des Os frontalis einnimmt. Vor einigen Monaten war rechtts die Passage noch frei und nur leichte Schwellung der Schleimhaut vorhanden, jetzt findet man den Weg durch eine steinharte Geschwulst vollständig verlegt. Der Vortragende spricht die Doppelgeschwulst für ein Osteom an.

Dr. A. Jacobi: Wenn bilaterale Knochenschwellungen vorhanden sind, muss man immer zuerst an Syphilis denken. Vielleicht liegt ein Fall von retardirter Lues vor. Dr. S. Pollitzer kann sich nicht von dem Bestehen einer eigentlichen Geschwulst überzeugen, er möchte auf die Möglichkeit des Bestehens eines Rhinosclermos hinweisen mit Knochenverlagerung, umsomehr als der Pat. aus Galicien stammt, wo diese Affection häufig ist. Dr. Willy Meyer findet, dass da die Geschwulst schon sieben Jahre bestehe, sie gutartig sein müsse und spricht sich für ein Osteom aus. Dr. Freudenthal erklärt, dass er dem Pat. schon ohne Erfolg Jodkali gegeben habe.

6) Dr. A. Jacobi stellt einen Patienten vor, bei dem die Diagnose aus dem beiliegenden Präparate von Embryonen von Distoma Hämatobium gemacht wurde. Der Mann behauptet früher immer gesund gewesen zu sein und auch aus gesunder Familie zu stammen. Er lebte viele Jahre in Südafrika, wanderte vor 2 Jahren dort aus, war 4 Wochen in London, 4 Wochen auf der See und kam dann nach Amerika, wo sich erst das Krankheitsbild entwickelte. Er hatte Blasenbeschwerden und die letzte Portion seines Urins pflegte Blut zu enthalten. Die Quantität desselben war verschieden, oft mehr, oft sehr wenig, dabei ist es nicht gleichmässig gemischt mit dem Urin, sondern wird am Schlusse des Urinirens herausgepresst. Das Urinsediment enthält auch Eiterkörperchen. In Amerika lebte Pat. zuerst in den Südstaaten und kam nach New York mit der ärztlichen Diagnose Brights Disease. In dem Urin wurden dann die Embryonen gefunden, die auch auf den beiliegenden Bildern photographirt sind und welche ganz mit der von Rütimeyer und Jacksch gegebenen Beschreibung übereinstimmen. Das Distoma Hämatobium kommt besonders an der Ostküste von Südafrika in Egypten vor und die Infection wird gewöhnlich auf das Trinkwasser zurückgeführt. Die Embryonen sollen sich an die im Wasser befindlichen Steinkrusten anklammern und so beim Trinken verschluckt werden. Einfaches Filtriren des Wassers soll schon Schutz gewähren gegen die Infection. Nach einigen Wochen gelangen sie in das Pfortadersystem und von da durch die Hämorrhoidal Vesicalvenenplexus in die Muskelschichten der damit versorgten Organe, welche sie durchbrechen. Der Pat. befindet sich relativ wohl (Billharz'sche Krankheit). Als Complication ist rechts vom Sternum ein oberflächlicher Abscess aufgetreten, welcher vorgestern eröffnet wurde. Im Eiter wurden keine Eier gefunden. Pat. erhält Gallensäure in Dosen von 1.0, um den Blasencatarrh zu beeinflussen, sonst hat es natürlich keinen Zweck.

VORSTELLUNG VON PRAEPARATEN.

Dr. Frederick J. Leviseur zeigt ein microscopisches Präparat eines Azoosperma's. Dasselbe stammt von einem 36-jährigen

Manne, der früher eine einseitige Epidydimitis Gonorrhoica durchgemacht hat. Der Pat. ist seit 6 Jahren verheirathet und kinderlos. Das Präparat zeigt eine Menge Böttcher'scher Krystalle. Dieselben sind ohne Zusatz von Ammonium Phosphat bereits sichtbar. Im Virchow'schen Archiv hat unlängst Lubarsch die Behauptung aufgestellt, dass die B. Krystalle im Hoden zur Entwicklung kämen. Prof. Fürbringer, der für den prostatischen Ursprung der Krystalle von jeher eingetreten ist, widerlegte diese Behauptung Lubarsch's in einer Entgegnung und so stehen wir wieder auf dem früheren Standpunkt. Das Präparat wird deshalb vorgezeigt, um dieses Factum ins Gedächtniss zu rufen, da durch Lesen des Lubarsch'schen Artikels und Uebersehen der Fürbringer'schen Erwiderung Irrthümer entstehen könnten. Die B. Krystalle sind Phosphorsalze der sog. Schreiner'schen Base.

Schluss und Vertagung.

Alfred Michel, Secr.

Deutsches Medicinisches Kränzchen, Chicago, Ill.

Sitzung vom 10. April 1897.

Prof. Edwin Klebs machte einige Mittheilungen betreffend die Toxine und Antitoxine aus den Kulturen pathogener Microrganismen. Nachdem derselbe bactericide und immunisirende Substanzen in solchen nachgewiesen (Tuberculose und Diphtherie) und bereits vor längerer Zeit die Meinung ausgesprochen, dass die bacterientödtende Wirkung von Secretionsprodukten der Bacterien bedingt sei, während die Toxine die Waffen sind, mittelst welcher diese Organismen zu dem Kampf um's Dasein befähigt, pathogen werden, zeigen neuere Arbeiten, dass auch die Antitoxine immunisirter Thiere nicht Bildungen des befallenen Organismus seien, sondern die Bestandtheile oder Umwandlungsprodukte der zum Zweck der Immunisirung inficirten Culturen. Hierfür spricht die Flüchtigkeit der auf diesem Wege zu erzielenden Immunisirung, wie die Nothwendigkeit der Anwendung sehr grosser Massen von Culturen oder Toxinen zur Erzeugung derselben. Eine bemerkenswerthe Unterstützung findet diese Anschauung in der Arbeit von Dzierzgowski (Arch. für Exp. Path. B. 38, S. 186, 1897), welcher die Antitoxine nur in den Blutflüssigkeiten und dem Harn immunisirter Pferde in grösserer Menge (60—70 Einh.) fand, während die zelligen Bestandtheile des Blutes und der übrigen Gewebe verschwindende Mengen derselben enthielten. Wir müssen wohl mit dem Autor den Schluss ziehen, dass die in den Blutflüssigkeiten enthaltenen Antitoxine nicht als Produkte der Gewebe, sondern als Umwandlungsprodukte der injicirten Culturflüssigkeiten aufzufassen sind. Nach der Ansicht von Prof. Klebs ist es wahrscheinlicher, dass die Toxine im Blute zerstört werden (Wirkung der Leucocyten) und nur die Antitoxine der Culturen als unschädlich für den inneren Organismus zurückbleiben. Die active Immunisirung hält derselbe für identisch mit der Phagocytose (Metschnikoff) oder allgemein ausgedrückt, mit der durch den Contact specifischer Bacterienprodukte hervorgerufenen Widerstandsfähigkeit der Zellen, sei es

dass dieselben mechanisch als Phagocyten wirken oder durch ihre Ausscheidungen eingedrungene Bacterien schädigen. In diesem Falle handelt es sich um eine Heranzüchtung von Lebenseigenschaften, die nicht übertragen sind.

Vor allem ist der Nachweis zu liefern, dass schon die Culturen pathogener Organismen ausser Toxinen auch Antitoxine enthalten. Für die Tubercelbacillen ist dies seit langem dem Vortragenden gelungen nachzuweisen. Die bactericide und immunisirende Wirkung des Antiphthisin und Tuberculocidin beweisen dies ebenso wie die neueren Angaben von Robert Koch.

Für andere pathogene Bacterien haben wir in meinem Laboratorium in der Chicago Postgraduate Medical School eine Reihe beweisender Thatsachen gefunden, von welchen ich Ihnen hier einige vorlegen will, durch Curven belegt.

1. Tuberculotoxin (T.-T.), 20-fache Concentration, im Vacuum bereitet, tödtet weisse Ratten von 100 bis 150 Gramm Gewicht in 30—40 Minuten unter Krämpfen, hochgradiger Cyanose und Wärmeverlust. Erst Temperaturen unter 89° F. (31.13° C.) in ano scheinen absolut tödtlich zu sein, während die normalen Tagesschwankungen dieser Thiere nicht 2° F. (1° C.) überschreiten. Das T. T. bringt Temperatur-Abfälle bis zu 11° F. (6.1° C.) hervor innerhalb von 30 bis 40 Minuten nach der Injection von ¼—½ c.c.

Die auffälligste Erscheinung während dieses hypothermischen Zustandes ist das Auftreten eines immer mehr anwachsenden Hydrops, der die Bauchhöhle zuletzt prall ausfüllt; die offenen testiculären Ausstülpungen derselben werden als pralle dünnwandige Blasen hervorgetrieben. Auch in den Pleuren treten Exudationen auf. Die Flüssigkeit ist klar gelblich, eiweissreich, frei von rothen Blutkörperchen. Die Harnsecretion reichlich.

Im Zusammenhang mit früheren Versuchen (Causale Behandlung der Tuberculose 1894) glaube ich annehmen zu dürfen, dass die Wirkung des Tub.-toxins in einer Art von Hypertonie des Herzens besteht, durch welche das Volum der geförderten Blutmassen verringert wird, trotzdem die Muskelleistung des Herzens nicht abgenommen. Die hieraus sich ergebende venöse Stauung bedingt die Cyanose, die Exudation und die Krampferscheinungen.

Mag diese Erklärung nun richtig sein oder nicht, so ergeben Einspritzungen von Antiphthisin, Tuberculocidin und Tubercelextract (glycerinhaltig oder frei davon, wie in Koch's T. R.), dass die Wirkung des Toxins mehr oder weniger vollständig aufgehoben wird, die tief gesunkene Temperatur wieder zur normalen Höhe zurückkehrt.

Für diese Fieber Tuberculöser ergibt sich hieraus die Schlussfolgerung, dass die niedrigen Temperaturen bei hectischem Fieber als die eigentliche Folge der Toxinwirkung zu betrachten sind, die Temperatursteigerung dagegen die natürliche und wünschenswerthe Reaction des Organismus darstellt. Die letztere zu bekämpfen liegt kein Grund vor, im Gegentheil bedeutet ihr Schwinden die drohende Abnahme der oxydativen Processe, welche dem Tode vorangeht. Subnormale Temperaturen nicht fiebernder Tuberculöser schwinden zunächst unter dem Gebrauch der vorerwähnten Antitoxine, sowie auch bei der

Reduction hektischer Fieber zumeist die Minima zuerst steigen, später erst die Maxima sich senken.

2. Ganz entsprechende Verhältnisse zeigen die aus Cholera-Asiatica Vibrionen dargestellten toxischen Substanzen, in völliger Uebereinstimmung mit dem bekannten klinischen Verhalten der Krankheit. Extracte der Cholera-Vibrionen erzeugen ein tiefes Absinken der Temperatur (Versuche an Kaninchen); so brachte bei einem Kaninchen von 1500 Gramm 1 c.c. dieses Toxins ein Sinken der Analtemperatur von 99.5° F. auf 96.8° F. hervor; die folgende Injection von Antitoxin, dargestellt aus der Culturflüssigkeit durch Behandlung mit Na Bi J_3 und Alcoholfällung wie bei der Darstellung des TC, bewirkte eine vorübergehende Temperatursteigerung auf 103.8, dann eine zwischen 100 und 102 schwankende Temperatur während des Restes des Tages, Gewichtsverlust 75 Gramm (5 Proz.).

Dass auch bei dem tiefsten Choleracollapse das gleiche Resultat an Menschen erzielt wird durch Cholera-Antitoxin, zeigen meine Versuche in der Hamburger Cholera-Epidemie.

3. Ein entgegengesetztes Verhältniss zeigen die Toxine von Abdominal-Typhus und Diphtherie, deren Bacillen Giftsstoffe enthalten, welche bedeutende Temperatursteigerungen bewirken, während aus dem Filtrat der Culturflüssigkeit nach Ausfällung der Toxalbumine durch Na Bi J_3 Antikörper gewonnen werden können, welche dieser toxischen Hyperthermie entgegenwirken.

So bewirkten 2 c.c. Typhotoxin bei einem Kaninchen von 1900 Gramm Gewicht eine Steigerung der Analtemperatur von 98.7 auf 103.7° F. (fast 40° C.) innerhalb 1½ Stunden: der nunmehr vorgenommenen Injection des Antitoxins 2½ c.c. folgte erst noch eine kleine Steigerung auf 103.9, dann ein jäher Abfall auf 101° F., dem ein neues Steigen auf 104.2° F. folgte. Da hier die Temperaturherabsetzende Wirkung des A. T. offenbar eine recht flüchtige war, wurden am folgenden Tage der Injection von 2.0 c.c. Toxin, welche die Temperatur von 100.6° auf 105.8° F. (41° C.) in 2½ Stunden steigerte, mehrfache und grössere Dosen A. T. nachgeschickt. Die erste von 5 c.c. setzte die Temperatur von 105.8° F. auf 101.8° (38.7° C.) in einer Stunde herab, neues Ansteigen auf 105.4° wurde durch dieselbe Dosis A. T. auf 102.5°, eine folgende Steigerung auf 105.4° durch 10 c.c. A. T. auf 101.2° (38.2° C.) heruntergedrückt. Der Gewichtsverlust an diesem Tag war ein unmerklicher, am folgenden Tage schwankte die Analtemperatur zwischen 101° und 99° F.

Das Diphtherie-Toxin, aus den Bacillen dargestellt, zeigte ganz entsprechende Verhältnisse. Durch dasselbe hervorgebrachte Steigerungen der Temperatur um 4—5° F., welche sonst den ganzen Tag über anhalten, werden durch wiederholte Injectionen des mittelst Na Bi J_3 aus der Culturflüssigkeit bereiteten Antitoxins jedes Mal um 2½ bis 4° F. herabgesetzt, während diese letztere Substanz an und für sich gar keinen Einfluss auf die Körpertemperatur besitzt. Auch in diesem Fall betrug der Gewichtsverlust nach Temperaturen bis 103° F. 20 Gramm bei einem 700 Gramm schweren Meerschweinchen (2.9 Proz.), während derselbe am folgenden Tage bei einer Dosis A. T. gleich null war.

Es dürften diese Versuche zeigen, dass in den Culturflüssigkeiten pathogener Bacterien Antitoxine vorhanden sind, welche vielleicht auch im Serum die eigentlich wirksamen Substanzen darstellen.

Sitzung vom 15. Mai 1897.

Dr. Carl Beck bespricht eine Methode der Behandlung grosser retronasaler Tumoren, insbesondere der sogenannten Nasen-Rachen Polypen. Er wendet zur besseren Blosslegung des Operationsterrains die ein- oder auch doppelseitige temporäre Resection des Oberkiefers an, unterbindet jedoch in jedem Falle die Carotis externa derjenigen Seite, von welcher der Tumor auszugehen scheint. Die Blutung ist selbst bei dieser Massregel beträchtlich, jedoch hat Dr. Beck nie einen Patienten bei dieser Methode direct oder an den Folgen verloren. Er kam stets ohne Tracheotomie aus und würde dieselbe auch nicht zu dergleichen Zwecken empfehlen.

Als zweiten Gegenstand der Discussion bespricht Dr. Beck die experimentell in einem Falle genuiner Epilepsie ausgeführte beiderseitige Resection des Halssympathicus. Der Fall ist vor 9 Tagen operirt und scheint bis jetzt eine Abnahme der Epilepsie sich vorzubereiten, doch ist das Ganze nur ein Experiment.

Herr Dr. Emil Ries spricht noch über zwei nach seiner erweiterten Methode operirte Fälle von Uteruscarcinom nebst microscopischer Untersuchung. Ein Fall von Cervixcarcinom, ein Fall von Corpuscarcinom. Beide operirt durch Laparotomie, Entfernung des Uterus, der Ovarien und Tuben, lig. lata, rotunda, sacro-uterina, der iliacalen Lymphdrüsen. Dabei Freilegung der beiden Ureteren vom Beckenrand bis zu ihrem Eintritt in die Blase, und Unterbindung der Art. uterina, ausserhalb der Ureteren. Beide Fälle heilten ungestört in zwei Wochen.

Microscopische Untersuchung des Halses vom Cervixcarcinom ergiebt Plattenepithel-Carcinom des Cervix, Adenomyome beider Tubenwinkel, Plattenepithelcarcinom in den Lymphdrüsen, die nicht vergrössert erscheinen.

Ausserdem enthalten die Lymphdrüsen (spec. eine derselben) Lymphome mit Riesenzellen und cylinderepitheltragende mehr oder weniger gewundene Drüsenschläuche.

In der Discussion wurde von Prof. Klebs die Möglichkeit hervorgehoben, dass bei der Metastase eines Gewebes, hier des cervicalen Plattenepithels auch andere Gewebsbestandtheile gleichsam mitzerrissen werden können. Freilich bildet hier die Entfernung der Ursprungsstellen beider Gewebe, deren eines vom Cervix, das andere vom Tubarwinkel herstammt, erhebliche Schwierigkeiten. Derselbe erinnert an einen von ihm beobachteten Fall, in dem von einem Myoendotheliom des Uterus in der linken Niere sowohl myomatöse, wie endotheliale, wie endlich auch vasculäre Knoten entstanden waren.

Dr. Maximilian Herzog legte eine Anzahl Präparate und Zeichnungen und microscopische Schnitte vor, die sich sämmtlich auf Fälle von Tubarschwangerschaften bezogen, die das gemeinsame haben, dass die Tuben angeborene anatomische Anomalien zeigen.

Fall I. Zeichnung (nach Schnitten reconstruirt) und Schnitt von ei-

nem Fall von Tubarschwangerschaft, der sich in einem ausgedehnten Divertikel des Eileitercanals entwickelt hatte.

Fall II. Ein noch nicht microscopisch zerlegtes Alcoholpräparat einer Tubarschwangerschaft, die sich in einem accessorischen Tubenende entwickelt hatte.

Fall III. Ein noch nicht microscopisch zerlegtes Alcoholpräparat einer Tubarschwangerschaft die sich in dem inneren Drittel einer Tube mit ungemeinem stark gewundenem Canal entwickelt hatte. Die Windungen des Canals sind derart, dass sie aus Kreisbögen von ca. 270 Grad, die sich aneinander reihen, bestehen.

Fall IV. Von einem bereits microscopisch zerlegten Präparate einer Tubarschwangerschaft das noch erhaltene Fimbrienende, das ein accessorisches Ostium und ein kleineres accessorisches blindes Fimbrienende zeigte.

Dr. Herzog bemerkte zu den von ihm demonstrirten Präparaten, dass von 5 Fällen von Tubarschwangerschaft, die er während der letzten Monate untersucht hatte, vier congenitale anatomische Anomalien zeigen, während der fünfte schon so weit vorgeschritten und die Gewebszerreissungen derart waren, dass er in Bezug auf solche Anomalien nicht mehr gut zu untersuchen war. Angesichts einer solchen Häufung von Fällen, bei denen anatomische Anomalien in Verbindung mit Tubarschwangerschaft vorkämen, sei es wohl angebracht daran zu denken, dass rein anatomische Verhältnisse häufiger die Ursache ektopischer Schwangerschaften seien, als man bisher angenommen habe.

Herr Prof. Klebs legte eine Abbildung von einem interessanten Fall von Lippen-Tuberculose eines Negers vor, der im Cook County Hospital mittelst Injectionen von Tuberculocidin gänzlich geheilt wurde (Dr. Baum).

EDITORIELLES.

Die Bubonenpest in Djeddah.

Das officiell bestätigte Auftreten der Pest in Djeddah reiht sich fast als logisches Glied an eine Kette von Nachrichten an, welche seit 1894 die europäische und ganze civilisirte Welt in Spannung hielt. In diesem Jahre war die Seuche, welche in früheren Jahrhunderten als schwarzer Tod die europäischen Völker decimirt hatte, aus ihren asiatischen Schlupfwinkeln herausgetreten und hatte von Süd-China aus Canton, Amoy und Hongkong und über Hindostan Bombay überfallen. Von da sprang sie über nach der Insel Kamaran im rothen Meer, und nun hat die längst gefürchtete Verschleppung nach Djeddah, dem Hafenplatz des Centrums der mohammedanischen Welt, M e k k a ' s, stattgefunden. Damit hat sich die Pest am Berührungspunct der drei alten Welttheile festge-

setzt und durch die Wallfahrten der Hunderttausende von Anhängern Mohameds einerseits und den colossalen Schiffsverkehr des rothen Meeres andererseits sind die Wege schon gegeben, auf denen das unheimliche Gespenst noch weitere Gebiete annectiren kann, sofern nicht die Gegenminen von tüchtigen und energischen Händen gelegt werden.

Dass die Bubonenpest direct und indirect übertragbar ist, wurde schon ziemlich allgemein angenommen, bevor Yersin und Kitasato dazu das bacteriologische Substrat in dem Pestbacillus gefunden hatten. Prof. Thoinot (Médicine Moderne No. 5) spricht dem Krankheitsgift folgenden Circulus vitiosus zu: Nach einer überstandenen Epidemie werden die Pestbacillen in abgeschwächtem Zustande im Erdboden conservirt, um unter Bedingungen, die wir nicht kennen, zu erhöhter Virulenz aufzuwachen. Thiere, besonders Ratten, welche ihre Nahrung am und aus dem Boden suchen, werden inficirt und übertragen die Seuche direct oder indirect auf den Menschen.

In dem in der letzten Nummer der Monatsschrift besprochenen Buch „Die Krankheiten der warmen Länder" lässt Scheube den klinischen Verlauf der Bubonenpest mit dem Stadium invasionis beginnen, welches mit allgemeiner Schwäche, Schwindel und zuweilen Erbrechen einsetzt und bald, oft schon nach Stunden, mit einem oder mehreren Schüttelfrösten in das Stadium des hohen Fiebers übergeht, characterisirt durch hohe Temperatur, frequenten Puls, beschleunigte Athmung und einen perlmutterartigen Belag der Zunge. Mehr und mehr entwickelt sich ein Status typhosus, und am 2—5-ten Tage tritt der Patient in das Stadium der ausgebildeten Localisationen: in der Leistengegend oder der Achselhöhle, weniger oft an der Kniekehle oder dem Ellenbogen treten die characteristischen Drüsenschwellungen, Bubonen auf, welche in zwei Dritteln aller Fälle vorhanden sind und welche in Eiterung oder Resolution übergehen können. Das erstere wird als das günstigere angesehen. Der Exitus tritt meist am 3.—5. Tage ein, an Erschöpfung in Folge der Pyämie, zuweilen unter Convulsionen. Die Mortalität ist stets eine sehr hohe. Bei der Epidemie in Wetlajinska (Governement Astrachan 1879) und in Hongkong betrug sie 95 Prozent, selten ist sie weniger als 60 Prozent.

Die österreichische Pestcommission, welche von Wien aus nach Bombay zum Studium der Krankheit ge-

sandt wurde und aus den Drs. Albrecht und Ghon vom Institut des Herrn Prof. Weichselbaum, und Dr. Müller, Assistenten von Prof. Nothnagel, sowie Dr. Pöch bestand, ist zurückgekehrt und mit der Ausarbeitung des gesammelten Materials beschäftigt. 70 Fälle wurden klinisch beobachtet und davon 47 anatomisch und bacteriologisch untersucht. Sie unterscheiden drei Haupttypen der Krankheit (Berlin. Klin. Woch., pag. 511): 1) die septisch-hämorrhagische Form mit Auftreten von acutem Milztumor und Bubonen, sowie Hämorrhagien in verschiedenen inneren Organen, Magen, Niere etc.; 2) die septisch-pyämische Form mit Metastasen in Lungen, Leber und Nieren und 3) die Primäre Pestpneumonie mit lobulärem Character, wobei im Sputum entweder blos Pestbacillen oder Pestbacillen plus Diplococcen gefunden werden. Die von Yersin und Kitasato entdeckten Microbien werden als das specifische Krankheitsgift angesprochen und zwar sind dieselben leicht im Blute und Buboneneiter der Lebenden nachzuweisen. An der Leiche findet man sie im Blut, Urin, Galle, nie aber in den Fäces. Die Infection geschieht durch directe oder indirecte Uebertragung, in weitaus den meisten Fällen durch die Haut, selten durch die Luftwege. Eine Infection durch den Darmtract konnte bis jetzt nicht nachgewiesen werden. Leider kann die Pestcommission das punctum saliens, die Erfolge der Serumtherapie, nicht bestätigen, indem sie weder von Yersin's, noch von Haffkin's Pestserum gute Resultate sah.

Das erfahrungsgemäss mit dem Eintreten der grossen Hitze auftretende Nachlassen der Epidemie wird sich auf die geringe Widerstandsfähigkeit des Pestbacillus gegen hohe Temperaturen zurückführen lassen. Da die Bacillen von verschiedenen Untersuchern im Erdreich nachgewiesen wurden, so erklärt sich auch das häufige Befallenwerden der die unteren Theile der Häuser einnehmenden Bewohner, sowie das relative Freibleiben der Flussbootbewohner. Auch das schon in alter Zeit angewandte prophylactische Einreiben der Hände und des ganzen Körpers mit Olivenöl entbehrt bei der angegebenen Infectionsweise nicht der Begründung.

Zwei Momente scheinen das Auftreten von Volksepidemien in Europa selbst im Fall von sporadischen Einschleppungsfällen etwas unwahrscheinlich zu machen. Einerseits ist die Pest in eminentem Sinne ein Morbus miseriae (Cabiadis), eine Krankheit, die nur da üppig aufschiesst, wo die Hygiene

brachliegt, wie es ja in der Heimath des Mohamedanismus noch fast überall der Fall ist, und andererseits wird bei der allgemein angenommenen Infection durch die Haut der gut gekleidete Europäer der Seuche ein weniger günstiges Angriffsfeld bieten, als der halbnackte und barfüssige Asiate. Da hat die Pest einen viel gefährlicheren Nebenbuhler in der Cholera, welche ihre Bacillenschaaren in den Darmtract wirft.

Dessenungeachtet heisst es Caveant Consules und es ist zu begrüssen, dass die Quarantainebestimmungen des 1894 vom internationalen Gesundheitsrathe in Egypten festgesetzten Pestreglementes verschärft wurden. Was den langsameren, aber gefährlicheren Weg der Einschleppung zu Lande Persien-Russland anbetrifft, so hat Russland 1879 die Pestepidemie in Astrachan sehr energisch im Keime erstickt und es ist zu erwarten, dass es sich gleichsam unter den Augen des Medicinischen Weltcongresses in Moscau seiner Verantwortlichkeit für die internationale Prophylaxe nicht weniger bewusst sein wird.

Therapeutische und klinische Notizen.

— Dr. Bischler, Privatdocent der Chemie in Zürich, beschäftigte sich seit einigen Jahren mit der Darstellung einiger neuer Fiebermittel und Prof. Eichhorst bringt das wichtigste derselben, das Kryofin, in No. 17 der „Deutschen Med. Wochenschr." vor die Oeffentlichkeit, nachdem er dasselbe klinisch untersucht und erprobt hatte. Wie Phenacetin, ist Kryofin ein p-Phenetidinderivat und zwar ist es das Condensationsproduct aus Phenetidin und Methylglycolsäure, stellt also chemisch Methylglycolsäurephenetedid dar. Es entsteht nach der Gleichung: $CH_3OCH_2COOH + NH_2C_6H_4OC_2H_5 = CH_3OCH_2CONHC_6H_4OC_2H_5 + H_2O$. Kryofin bildet weisse, geruchlose Crystalle, welche keinen Geschmack besitzen. Es ist in kaltem Wasser 1:600, in siedendem 1:52 löslich, wurde hingegen von Eichhorst ausschliesslich in Pulverform und eingehüllt in Oblaten gereicht. Als Antipyreticum lässt sich das Kryofin den besten bisher gebräuchlichen Mitteln an die Seite stellen und zwar erreicht man mit 0,5 Kryofin ungefähr die Wirkung der doppelten Dosis Phenacetin. Als Antineuralgicum half Kryofin in einigen Fällen, wo Natrium salicylicum, Phenacetin und Exalgin ohne jeden Erfolg verordnet worden waren. Weitere Untersuchungen über das neue Mittel werden von Eichhorst in Aussicht gestellt.

— Prof. R. Lepine (Semaine med., 28. Mai) wandte in Fällen, wo der Magen Eisenpräparate nicht ertrug, das Ferrum citric. subcutan und erzielte damit günstige Resultate. Er gebrauchte eine 4-procentige Lösung und spritzte davon 3 bis 4 c.c. ein, entsprechend 0,12 bis 0,15 Ferrum citr. Dagegen warnt er vor dieser Anwendungs-

form des Eisens bei Nierenaffectionen und in allen Zuständen mit bestehender Neigung zu Blutungen.

— Dr. Ferd. Epstein machte Untersuchungen über die desinficirenden Eigenschaften des Alcohols und kam dabei zu den folgenden Resultaten: 1.) Dem absoluten Alcohol kommt keine desinficirende Kraft zu, wohl aber seinen Verdünnungen. 2.) Ca. 50-procentiger Alcohol desinficirt von den rein spirituösen Flüssigkeiten am besten, in höherer oder geringerer Concentration nimmt die Desinfectionskraft ab. 3.) Antiseptica, die in wässeriger Lösung mehr oder minder wirksam sind, verlieren ihre desinficirende Eigenschaft, wenn sie in hochprocentuirtem Alcohol gelöst werden (Koch); dagegen wirken Sublimat, Carbolsäure, Lysol und Thymol in 50-procentiger spirituöser Lösung besser desinficirend, als in gleicher Concentration in Wasser gelöst. —„Zeitschr. f. Hyg. u. Infectionsk., 1897.

— Im „Deutschen Reichs-Medicinal-Anzeiger" äussert sich Med. Rath Dr. M. Overlach in Greiz über die Wirkung von Glycerin-Suppositorien in folgender Weise: „Die Fälle, in welchen bei Verwendung von Glycerin-Suppositorien der Erfolg ausbleibt, sind nicht gar so selten. Bei genauerer Beobachtung dieser Fälle findet man bald, dass meistens weder mangelnde Indication, noch Verschiedenheit der Zäpfchen, noch etwa Abstumpfung der Schleimhaut durch längeren Gebrauch als Ursache für das Ausbleiben der Wirkung angesprochen werden kann. In der That liegt auch, wie eine Reihe bezüglicher Versuche klar ergeben hat, das ätiologische Moment der Misserfolge fast immer in einem ganz andern Umstand, nämlich in dem Wandern der Suppositorien. Wandert das eingeführte Zäpfchen im Darm höher hinauf, so wird seine Reizwirkung eine minimale, theils durch die Weite des Darmlumen, theils durch geringe Sensibilität. Die weitaus empfindlichste und daher auf jeden Reiz, mechanischen wie chemischen, am promptesten reagirende Partie der Mastdarmschleimhaut ist die Region dicht oberhalb des Sphinter ani. Bleibt das eingeführte Zäpfchen hier liegen, so wirkt es allemal exact. Durch die Empfindsamkeit der Schleimhaut an dieser Stelle antworten nicht nur die Drüsen auf den Glycerinreiz mit der lebhaftesten Secretion, sondern das hier noch fest vom Darm umschlossene Zäpfchen bewirkt zugleich durch Druck einen mechanischen Reiz, der im Verein mit der Glycerinwirkung in wenigen Minuten die gewünschte Reaction des Darmes auslöst. Dieser sichere Erfolg der Glycerin-Zäpfchen wird sehr einfach dadurch erzielt, dass das Suppositorium mittelst eines Bändchens von bestimmter Länge an einem Querstäbchen, welches aussen bleibt, befestigt und hierdurch am Wandern gehindert ist, so dass es dicht über dem Sphincter ani liegen bleibt und hier zur Wirkung kommt.—„Med. Neuigk."

— In Pflüger's „Archiv f. d. ges. Phys." (Bd. 66, pag. 232) findet sich eine interessante Arbeit über willkürliche Vermehrung der Pulsfrequenz beim Menschen von Th. H. Van de Velde in Leiden. Schon vor einiger Zeit hat Tarchanoff darauf aufmerksam gemacht, dass es Personen gibt, die die Fähigkeit haben, die Zahl ihrer Herzschläge beträchtlich zu vermehren. Immer waren das solche Menschen, die auch im Uebrigen vollkommener, als dies gewöhnlich

der Fall ist, ihre Muskeln beherrschen, z. B. ihre Ohren willkürlich bewegen, den M. platysma myoides in Contraction versetzen konnten. Verf. fand unter 5 daraufhin untersuchten, in Ruhe befindlichen, nicht besonders ausgewählten Personen 3, die bei der ersten darauf gerichteten Bestrebung die Zahl ihrer Herzcontractionen (und nur dieser, nicht der Respiration) beträchtlich vermehren konnten (z. B. von 72 Pulsschlägen in der Minute auf 94, von 75 auf 98 etc.), und zwar durch die alleinige directe Einwirkung des bewussten Willens; ein vierter war nur während einer kurzen Zeit im Stande, seine Willenskraft dazu anzuwenden. Bei diesen Personen war aber die aussergewöhnliche Gewalt über die Körpermusculatur, die Tarchanoff's Versuchsindividuen besassen, nicht vorhanden. Verf. hält sie deshalb für kein Bedingniss zum Zustandekommen jener willkürlichen Acceleration der Herzthätigkeit, ist vielmehr geneigt, die Fähigkeit hiezu allen Menschen zuzuerkennen. Blosse Concentrirung der Aufmerksamkeit ohne Anstrengung der Willensthätigkeit bewirkte in keinem Falle Steigerung der Pulsfrequenz. Bei der eventuellen Wiederholung dieser Versuche ist grosse Vorsicht geboten, da sowohl Tarchanoff wie Verfasser dauerndes, selbst den Schlaf störendes Herzklopfen als Folge solcher Versuche beobachtet haben.—„Wiener med. Presse."

— Als ganz besonders gut wirkender Wund-Occlusivverband wird von P. Bruns in den „Beiträgen zur klinischen Chirurgie" (Bd. 18, 1897) Airolpaste empfohlen. Dieselbe wird mit einem Spatel in ziemlich dicker Schicht auf die genähte Wunde und ihre Umgebung aufgetragen und mit dem Finger etwas eingerieben, so dass die Mündung jedes einzelnen Stichcanales bedeckt ist. Darüber wird eine dünne Schichte Baumwolle leicht angedrückt. Die Zusammensetzung dieser Paste ist:

Airol.
Mucilag. Gummi arab.
Glycerin .....a.a. 10 Thl.
Bol. alb. ..... 20 "

Bruns hat seit einem halben Jahre unter der Airolpaste keine einzige Stichcanaleiterung gesehen. Für seröses Wundsecret ist die Paste durchlässig.

— Eine weitere, fast etwas seltsam klingende Bereicherung hat die Organsafttherapie durch einen französischen Augenarzt, Dr. L. Dor in Lyon erfahren, welcher in einer der letzten Sitzungen der Soc. franc. d'Ophthalm. über einen Fall von schwerer sympathischer Iridocyclitis berichtete, welchen er mit Erfolg mit subconjunctivalen Injectionen von Extract des Corpus ciliare vom Rinde behandelt hatte.

— An der Versammlung der deutschen Gesellschaft für Gynäcologie in Leipzig referirten B. S. Schulze-Jena und R. Ohlshausen-Berlin über Retroflexio uteri. Nach der „Münch. Med. Wochenschr." formulirte Olshausen seine Ansichten in folgenden Hauptsätzen:

I. Zur Symptomatologie. 1. Bei Retroflexio-versio mit Complication durch Adnextumoren hängen die Symptome zum grossen Theil von der Complication ab.

2. Uncomplicirte Fälle von Retroflexio-versio machen vielleicht in der Häfte der Fälle keine wesentlichen Beschwerden.

3. Neben localen Beschwerden kommen besonders nervöse Symptome aller Art und in allen Gegenden des Körpers durch Retroflexio zu Stande.

4. Blutungen kommen bei älteren Retroflexionen nur als verfrühte oder verstärkte Menstruation vor. Bei älterer Flexion weisen atypische oder anhaltende Blutungen dagegen auf Complication (meist Endometritis fungosa) hin.

5. Sterilität ist zwar sehr selten, aber doch in einzelnen Fällen eine Folge der Flexion, meist dagegen einer Adnex-Erkrankung oder starken Hyperplasia uteri.

6. Nicht selten ist Abort die Folge einer Retroflexion, wenngleich sich in der Mehrzahl der Fälle der schwangere, retroflectirte Uterus selbst reponirt.

7. Die Abhängigkeit der allgemeinen, nervösen, reflectorischen Beschwerden von der Lage des Uterus wird am besten durch den Erfolg der Therapie bewiesen.

8. Dysmenorrhoe tritt bei Flexionen meist nicht in den Vordergrund; sie ist auch häufiger Folge einer Endometritis als der Flexion.

II. Zur operativen Therapie. 1. In der Regel zunächst Pessarbehandlung, erst später bei erheblichen Beschwerden Operation.

2. Frauen, gegen die Zeit der Climax, soll man nicht wegen Flexionen operiren, da die Beschwerden ohnedies bald zu erlöschen pflegen.

3. Bei complicirender Erkrankung der Adnexe behandelt man diese.

4.—4. Von operativen Methoden ist die Alexander-Adams'sche (Verkürzung der im Leistencanal aufgesuchten Lig. rot.) sicher wirksam, die Aufsuchung der Lig. rot. aber oft schwer; bei fixirter Retroflexion ist diese Operation ungeeignet.

Die Ventrofixation mit Annähung der Lig. rot. von innen an die Bauchwand oder mit 1—2 Nähten durch die vordere Uterus-Wand (nicht durch den Fundus) ist die beste Behandlungsweise bei fixirter Retroflexion. Zur Naht ist Silkworm rathsam, druchgreifende Nähte sind wegen der Infectionsgefahr entlang den Stichnähten zu vermeiden.

Die Vaginofixation kann bei mobiler Retroflexion gemacht werden. Geburtsstörungen lassen sich vermeiden, wenn man nicht die ganze vordere Uteruswand, sondern nur ihren unteren Theil annäht.

Winter-Berlin hatte, um zu erfahren, wie viel Frauen überhaupt Retroflexion haben, die policlinisch entbundenen Frauen, die also nicht wegen gynäcologischer Beschwerden spontan in die Clinik gekommen waren, untersucht. Unter 303 Frauen fand er 36mal, also in 12 Procent Retroflexio-versio. Von diesen 36 Frauen hatten 11 gar keine Beschwerden, 25 hatten Beschwerden, dabei fanden sich aber bei 21 Complicationen. Er kommt deshalb zum Schluss: Frische Retroflexion macht meist keine Beschwerden, dieselben sind in der Regel von Complicationen abhängig, die wiederum ihrerseits meist nicht von der Retroflexion herrühren.

Kleine Mittheilungen.

Programm der Section XIV (Hygiene, öffentl. Medicin, Sanitätsstatistik, Epidemiologie, Gesundheitstechnik) des internationalen medicinischen Congresses zu Moskau (19. bis 26. August 1897)

I.

1. Wissenschaftliche Principien der gesundheitlichen Schätzung des Trinkwassers. (Werth der physico-chemischen und bacteriologischen Analysen; Einfluss der localen Verhältnisse.) — 2. Physische Erziehung der Jugend. Auf welche Weise muss man die körperlichen Uebungen in den Schulen organisiren? (Die Schwedische Gymnastik, das Turnen an Geräthen, körperliche Uebungen und Spiele in freier Luft, die verschiedenen Sports.) — 3. Experimentelle Nachforschungen über die geistige Ueberbürdung in den Schulen. (Mittel und Methode dieser Nachforschungen; gewonnene Ergebnisse.) — 4. Der Alkoholismus vom Standpunkt der öffentlichen Gesundheitspflege aus betrachtet: Pflichten des Staates und der Gesellschaft gegenüber dem Alkoholismus. — 5. Organisation der ersten Hülfeleistungen bei Unglücksfällen in Städten. — 6. Die Wohnungen der Armenbevölkerung in grossen Städten und die Arbeiterhäuser in den Industrie-Centren. (Pflichten des Staates, der öffentlichen Anstalten, der Privaten oder der Gesellschaften.) — 7. Die Vorbereitungsbedingungen der Tuberculose und die Mittel der öffentlichen Gesundheitspflege zu ihrer Bekämpfung. (Erblichkeit, Zusammenwohnen und professionelle Arbeit. Die Uebertragung der Tuberculose durch Milch. Gesundheitspolizeiliche Controlle des Milchverkaufs. Das Fleisch tuberculöser Thiere. Sanatorien für Tuberculöse.) — 8. Ueber die Massnahmen der öffentlichen Gesundheitspflege gegen die Infections-Krankheiten und über den Werth der Schutzimpfung. (Abgeschwächte Culturen, Serumtherapie.) — 9. Die Grundzüge der Organisation der Gesundheits-Statistik vom localen, socialen, administrativen und internationalen Gesichtspunkt. (Organisation der Volks- und Volksbewegungsstatistik. Organisation der Krankheits- und Sterblichkeitsstatistik. Feststellung einer einheitlichen Benennung der Krankheiten. Einheit in der Führung der medico-statistischen Tabellen und der Bearbeitung derselben. — 10. Die Mittel, um der Bevölkerung regelmässige ärztliche Hülfe angedeihen zu lassen: Die Medicin in Stadt und Land. — 11. Die Wichtigkeit des medicinischen Unterrichts für Frauen vom Standpunkt der öffentlichen Gesundheitspflege. — 12. Ein Project der Errichtung eines internationalen Bureaus von der Section der öffentlichen Gesundheitspflege (der internationalen Congresse) und die Veröffentlichung internationaler Annalen über die Epidemien. — 13. Gesundheitliche Ueberwachung der Miethwohnungen in den Städten. — 14. Von der Arbeitsdauer der Arbeiter im Allgemeinen und derjenigen der verschiedenen Industriezweige, vom Standpunkt der öffentlichen Gesundheitspflege. — 15. Die Mittel zur Verbreitung hygienischer Kenntnisse im Volk.

II.

1. Ansprüche, welche man an die besten Systeme der Heizung und Ventilation der öffentlichen Gebäude stellen muss: Hospitäler, Schu-

len, Gefängnisse etc. a) Anbringung der Luftschächte; Filtrirung und Reinigung der Luft. b) Mittel, um die Ventilationskammern und Luftschächte vor den Ausdünstungen des Bodens zu schützen. c) Umfang der Ventilation, je nach der Bestimmung der Räume. d) Temperatur der in die zu ventilirenden Räume eindringenden Luft. e) Anbringung der Eingangs- und Abzugsöffnungen für die Luft. f) Systeme der Befeuchtung der Luft. Praktische Resultate und kritische Analysen derselben. g) Bedingungen für die Heizflächen der verschiedenen Heizsysteme (Material, Form, Temperatur). h) Gefahr der Verbreitung ansteckender Krankheiten durch die Ventilationscanäle und die Mittel, derselben zu begegnen. i) Wichtigkeit der natürlichen Ventilation im Vergleich zur künstlichen. — 2. Einfluss der klimatischen Verhältnisse auf die Anbringung von Heizung und Ventilation. — 3. Mittel zur künstlichen Erkaltung der Räume und ihr praktisch gesundheitlicher Werth. — 4. Veränderungen, denen die Luft auf ihrem Wege durch die Ventilationscanäle unterworfen ist. — 5. Mittel und Versuche, um das Trinkwasser vor Verunreinigung zu schützen. — 6. Gesundheitlicher Werth der Massnahmen zur Reinigung und Sterilisirung des Trinkwassers. — 7. Ableitung und Reinigung der verunreinigten Wässer, ehe sie in die natürlichen Behälter, Flussläufe, Teiche etc. zurückgeleitet werden.

— Für die allgemeinen Sitzungen am Moscauer Congress sind die nachstehenden Vorträge angezeigt: Prof. R. v. Kraft-Ebing (Wien). Die Aetiologie der Progressiven Paralyse. Prof. Lannelongue (Paris). Ueber die allgemeine Therapie der chirurgischen Tuberculosefälle. Prof. Laudern-Brunten (London). Die Beziehungen zwischen Physiologie, Pharmacologie, Pathologie und angewandter Medicin. Prof. E. v. Leyden (Berlin). Ueber die gegenwärtige Behandlung der Tuberculösen und die staatliche Fürsorge für dieselben. Prof. C. Lombroso (Turin). Ueber neue Gebiete und Behandlungsweisen in der Psychiatrie. Prof. S. M. Loukianov (St. Petersburg). Ueber Inanition des Zellkernes. Prof. J. J. Metschnikov (Paris). Ueber die Pest. Prof. Robert (Barcelone). Die characteristischen Punkte der menschlichen Pathologie in ihren Beziehungen zur Therapie. Prof. Senn (Chicago). Die Classification und die chirurgische Behandlung der acuten Peritonitis. Prof. R. v. Virchow (Berlin). Ueber die Rolle der Gefässe bei der Entzündung.

— Unter der Redaction von Geh. Med.-Rath Prof. Dr. W. Ebstein in Göttingen und Dr. J. Schwalbe in Berlin, herausgegeben von W. Ebstein wird im Verlage von F. Enke (Stuttgart) ein Handbuch der praktischen Medicin erscheinen, das sich die Aufgabe stellt, den gegenwärtigen Stand der inneren Medicin in einer den Bedürfnissen des praktischen Arztes angepassten Form treu wiederzuspiegeln. Zur Abhandlung gelangt nicht nur die Materie der inneren Medicin im engeren Sinne, sondern es werden auch die innigen Beziehungen der inneren Medicin zu den ihr verwandten Zweigen der Heilkunde, insbesondere zur Chirurgie, Opthalmologie, Otiatrie, Pädiatrie an geeigneten Stellen eingehend berücksichtigt, und in gleicher Weise finden auch die Laryngologie, Psychiatrie, Haut- und vene-

rischen Krankheiten, Zahnheilkunde in einem für die ärztliche Praxis völlig genügenden Umfang seitens hervorragender Fachmänner ihre Bearbeitung. Bei der Darstellung jedes Krankheitskapitels wird im Princip eine gleichmässige Erschöpfung seines ganzen Inhalts erstrebt: Aetiologie, Symptomatologie, Diagnostik, Prognose und besonders Therapie werden voll gewürdigt. Durch Abbildungen wird der Text erläutert. Jedem grossen Abschnitt, der in der Regel von einem einzigen Autor im Zusammenhang bearbeitet wird, ist eine kurze allgemeine Einleitung über Aetiologie, Symptomatologie etc. vorausgeschickt. Die Bearbeitung des Handbuches haben übernommen: Braun (Göttingen), Brieger (Berlin), Damsch (Göttingen), Dehio (Dorpat), Ebstein (Göttingen), Epstein (Prag), Eulenburg (Berlin), Fürbringer (Berlin), Jadassohn (Bern), Jolly (Berlin), König (Berlin), Kraus (Graz), Kümmell (Hamburg), Laache (Christiania), Lenhartz (Hamburg), v. Liebermeister (Tübingen), Marmé (Göttingen), Mendel (Berlin), Neisser (Breslau), Nicolaier (Göttingen), Obersteiner (Wien), Pel (Amsterdam), Pribram (Prag), Redlich (Wien), Reiche (Hamburg), Romberg (Leipzig), J. Rosenbach (Göttingen), Rosenstein (Leiden), Rumpf (Hamburg), Scheff (Wien), Schmidt-Rimpler (Göttingen), Schreiber (Königsberg), J. Schwalbe (Berlin), Steinbrügge (Giessen), Strübing (Greifswald), Unverricht (Magdeburg), Wassermann (Berlin), Ziehen (Jena). Der Umfang des Handbuchs wird 250 Druckbogen betragen, welche sich auf 5 Bände vertheilen. Die Ausgabe erfolgt in circa 20 Lieferungen @ 4 M.; sie beginnt Anfang 1898 und endet voraussichtlich Anfang 1899.

— Der Münchn. Med. Wochenschr. wird aus Pretoria geschrieben (mit Datum vom 23. Mai): „Nachdem lange Zeit das Urtheil über den Werth oder Nichtwerth der Koch'schen Methode betr. Impfung gegen die Rinderpest hin und her geschwankt hat und die Misserfolge bald auf Rechnung einer unrichtigen Anwendung der Koch'schen Vorschriften, bald auf Fehlerhaftigkeit der Methode selbst geschoben wurden, hat die Capregierung auf Grund eines mit allen Vorsichtsmassregeln auf einer grösseren Farm angestellten Versuches die Einstellung der Impfungen verfügt. Es unterliegt nun keinem Zweifel mehr, dass die Koch'sche Entdeckung nicht das geleistet hat, was sich der Entdecker von ihr versprach. Die Rinderpest verschont weder ungeimpfte noch geimpfte Thiere und nimmt ihren steten und unaufhaltsamen Fortgang. Eine Reihe neuer Methoden sind inzwischen erfunden worden, deren Anwendung aber sicher von gleichen Resultaten gefolgt sein wird. Unter allen diesen neuen oder theilweise modificirten Impfvorschriften dürfte am interessantesten jene von Dr. Krause in Bloemfontein (Freistaat) angegebene sein. Derselbe glaubt eine sichere Schutzimpfung gegen Rinderpest in der Weise erzielt zu haben, dass er 10 Tage nach der von Koch empfohlenen Impfung der Thiere mit Galle denselben Thieren 10 ccm. Rinderpestblut (d. h. Blut von an Rinderpest gestorbenen Thieren) einimpfte. 1-10,000 dieser Dosis genügt bereits, um ein vorher nicht mit Galle geimpftes Thier zu tödten, wie Koch in Kimberley festgestellt hat.

Die 10 Tage vorher mit Galle geimpften Thiere dagegen vertragen die Einimpfung von 10 ccm. Rinderpestblut, wie ebenfalls von Koch bereits nachgewiesen, sehr gut. Koch hatte diese letztere Impfung vorgenommen, um zu zeigen, dass die Thiere gegen Rinderpest schon in Folge der Impfung mit Galle immun werden, während Dr. Krause nunmehr festgestellt haben will, dass diese sogenannte Probeimpfung nöthig ist, um die durch das Koch'sche Verfahren nur auf kurze Zeit (durchschnittlich etwa 2—3 Wochen) immun gemachten Thiere vollständig zu immunisiren. Die Bestätigung davon bleibt allerdings noch abzuwarten."

In derselben Frage citiren die „Medicinischen Neuigkeiten" die folgenden Bemerkungen aus der Berliner Thierärztlichen Wochenschrift: „In thierärztlichen Kreisen wurde es vielfach bedauert, sowohl dass seinerzeit die Erforschung des Maul- und Klauenseuchenerregers einer im wesentlichen aus Medicinern gebildeten Commission übertragen wurde, wie dass keine thierärztliche Kraft gefunden werden konnte, um den Kampf gegen die Rinderpest in Afrika zu organisiren. Beide Thatsachen dürften aber schliesslich nur ein Vortheil für die Thierärzte sein, denn es würde leicht ein falsches Licht auf diese geworfen haben, wenn thierärztliche Bemühungen hier erfolglos geblieben wären, wie dies dem Anschein nach das Loos der jene Fragen betreffenden medicinischen Forschungen sein wird. Die Maul- und Klauenseuche ist augenscheinlich ein sehr steiniger Boden für den Bacteriologen. Und die Erfolge Robert Koch's in Afrika schrumpfen nach den neuesten Nachrichten ebenfalls bedenklich zusammen, was man vom deutsch-nationalen Standpunkt aus freilich nur recht bedauern kann. Die Aetiologie der Rinderpest weiter aufzuklären, ist Koch nicht gelungen. Die Erfindung einer annähernd zuverlässigen und praktisch, namentlich in Afrika, durchführbaren Impfung scheint ebenso in Frage gestellt. Der von Koch anerkannte Mangel, dass der Impfstoff sich nur im Eisschrank hält, hat sich nicht beseitigen lassen. Nach neueren Meldungen sind von 6000 Impfthieren 1800 gestorben. Freilich werden diese Impfungen nicht von Koch selbst ausgeführt sein, aber der praktische Erfolg beruht doch eben auf einer Impfmethode, deren Ausführung einfach genug ist. Uebrigens ist gar nicht sicher, dass der Misserfolg bloss in der schlechten Ausführung der Impfung liegt. Ganz ähnliche Wechselergebnisse hat man schon früher erzielt. Denn die von Koch ausgeführte Rinderpestimpfung ist im Prinzip überhaupt nichts neues, sondern von der seit mehr als 100 Jahren den Thierärzten bekannten Impfung kaum verschieden. Professor Camper in Gröningen versicherte 1777, dass stets mehr als die Hälfte der von ihm geimpften Rinder die Pest überstanden hätten. Abildgaard berichtete schon 1771, dass auf einem Gute in Dänemark 496 Stück Rindvieh geimpft wurden, von denen 56 starben. Um dieselbe Zeit empfahl der mecklenburgische Amtmann Schumacher ebenfalls die Impfung. Zuweilen nahm die Impfung aber auch einen weit ungünstigeren Verlauf. Aus der neueren Zeit sind die Impfversuche bemerkenswerth, welche C. v. Raupach, Director der Veterinäracademie zu Dorpat, 1873 zu Karlofka im Gouvernement Poltawa ausführte. Er impfte 865 Rinder, von denen 822

die Impfkrankheit überstanden und nur 43 eingingen." (Vergl. Dieckerhoff, Geschichte der Rinderpest und ihrer Literatur, Berlin 1890).

— Auf Veranlassung des Präsidenten des deutschen Reichsversicherungsamtes Dr. Boedicker sollen in Zukunft bemerkenswerthe ärztliche Gutachten und Obergutachten von allgemein wissenschaftlicher Bedeutung, die dem Reichsversicherungsamt erstattet worden sind, in den „Amtlichen Nachrichten des Reichsversicherungs-Amtes" veröffentlicht werden. Das erste derartig bekannt gegebene Gutachten stammt von Prof. Schönborn in Würzburg und behandelt den ursächlichen Zusammenhang zwischen Unfall und Magenkrebs.

— Die nächste Zusammenkunft der Mississippi Valley Medical Association wird vom 5. bis 8. October in Louisville stattfinden. Vorträge sind beim Sekretär Dr. H. W. Loeb, 3559 Olive Str., St. Louis, anzumelden.

— Der 11. französische Chirurgen-Congress beginnt am 18. October d. J. zu Paris. Verhandlungsgegenstände sind: 1. Ueber Contusionen des Abdomens, 2. Indicationen zur Operation und Behandlung des Rectumcarcinoms.

— Die gesetzliche Bestimming, wonach in Italien ausländische Aerzte zur Ausübung der Praxis zugelassen sind, soferne sie sich auf die Behandlung von Ausländern beschränken, soll von der Regierung aufgehoben werden.

— In Wiesbaden verschied in seinem 79. Lebensjahre Prof. Dr. Carl Remigius Fresenius, dessen Lehrbücher „Anleitung zur qualitativen chemischen Analyse" und „Anleitung zur quantitativen chemischen Analyse" seit Jahren und jetzt noch den Studirenden als unentbehrliche Führer durch das chemische Laboratorium begleiten. 1845 als ordentlicher Professor der Chemie und Physik an das Landwirthschaftliche Institut in Wiesbaden berufen, arbeitete er in dieser Stellung mit eben so grossem Erfolge als bahnbrechender Forscher wie als ausgezeichneter Lehrer. Durch seine Untersuchungen aller wichtigen Mineralquellen Deutschlands begründete er eine wissenschaftliche Balneologie und 1884 ging er allen deutschen Universitäten voran, indem er sein Laboratorium durch eine bacteriologische Abtheilung erweiterte. 1862 gründete Fresenius die „Zeitschrift für analytische Chemie, welche er bis zu seinem Lebensende leitete.

— Dem am 17. Juni verschiedenen Pfarrer Kneipp widmet die „Münchener Med. Woch." folgenden Nachruf: „Der Tod des Pfarrer Kneipp, der nach längerer Krankheit am 17. ds. in Wörishofen eintrat, ist ein Ereigniss, das auch die Chronik eines medicinischen Blattes verzeichnen muss. Denn wenn man auch vom ärztlichen Standpunkte aus die Thätigkeit Kneipp's verwerfen und für schädlich erachten musste, so war er doch eine so originelle und interessante Erscheinung, dass er mit den Curpfuschern gewöhnlichen Schlages nicht auf gleiche Stufe gestellt werden darf. Von diesen unterscheidet ihn vor Allem seine Uneigennützigkeit und seine Menschenliebe. Kneipp erwarb keine Reichthümer und kaufte keine Rittergüter, wie der Schäfer Ast, sondern er überliess die grossen Einnahmen, die ihm von selbst zuflos-

sen, den von ihm gegründeten wohlthätigen Stiftungen; ihm war die Curpfuscherei nicht Geschäft, sondern Beruf, den er nicht um des Gewinnes, sondern um der Sache willen, getrieben von reinen, menschenfreundlichen Motiven, denen sich erst später das einer nur allzu begreiflichen Eitelkeit hinzugesellte, begeistert und unermüdlich bis an's Ende, ausübte. An Kneipp ist ein Arzt verloren gegangen! Wenn man ihm so seiner achtenswerthen Charaktereigenschaften halber nicht feind sein konnte, so muss doch ausgesprochen werden, dass die Thätigkeit des Mannes im Grossen und Ganzen eine unheilvolle war; denn die Zahl der in Wörishofen verpfuschten, um die Chancen der Heilung gebrachten Fälle ist eine sehr grosse und jeder Münchener Arzt kann aus seiner eigenen Erfahrung solche nennen. Dass die abhärtende Behandlung und Lebensweise, der die Kranken in Wörishofen unterworfen wurden, in vielen geeigneten Fällen auch gute Dienste geleistet hat, soll damit natürlich nicht geleugnet werden, ebensowenig wie der günstige Einfluss Kneipp's auf die Popularisirung der Anwendung des kalten Wassers. Die wissenschaftliche Hydrotherapie ist durch die Lehren Kneipp's wenig gefördert worden. Mit ihm wird auch sein „System" wohl bald von der Bildfläche verschwinden.

— Wohnungswechsel: Dr. Frederick Guttman, nach 170 West 82. St.; Dr. F. Becker-Laurich, nach 149 West 12. Str.

Berichtigung: In Dr. Seibert's Artikel „Zur Anwendung des neuen Tuberculin," No. 6, pag. 330, Zeile 3, lies „Blechkessel, mit Watte umgeben." statt „mit Wasser umgeben." Im Editoriellen, pag. 351, Zeile 20, lies „Rinderperlsucht," statt Rinderpest."

Geschäftliche Zuschriften, Geldsendungen. Bestellungen, u. s. w., sind zu richten an : Medical Monthly Publishing Co., 17-27 Vandewater Street New York.

Manuscripte, Wechselblätter und Anfragen bezüglich des Inhaltes sind an den Herausgeber zu richten.

ALFRED MICHEL,
357 W. 30th St.

New Yorker
Medicinische Monatsschrift.

Officielles Organ der
Deutschen Medicinischen Gesellschaft der Stadt New York.

Redigirt von Dr. Alfred Michel.

Bd. IX. New York, 20. August 1897. No. 8.

ORIGINALARBEITEN.

Resultate der electrolytischen Behandlung der Harnröhrenstricturen im Vergleiche mit anderen Methoden.

Von

Dr. Robert Newman,

Expräsident der Amer. Electro-Therap. Association; Consultirender Chirurg des Hackensack, Bayonne Hospitals, N. J.; Mitglied des Deutschen Dispensary der Westseite, etc.*)

Meine ersten Versuche mit der Electrolyse in der Behandlung der Harnröhrenstricturen machte ich vor 30 Jahren. Durch sorgfältige Beobachtung, Thierexperimente, geeignete Construction der galvanischen Batterie, sowie neuer Instrumente wurde im Jahre 1870 meine Methode geschaffen, welche damals neu und in vielen Beziehungen von den früher üblichen Methoden verschieden war. Durch viele Jahre war die Anwendung in zahlreichen Fällen stets erfolgreich, so dass ich mich nie veranlasst gesehen habe, eine Strictur auf andere Weise zu behandlen oder mit dem Messer zu spalten. Bis 1874 wurden noch einige Verbesserungen der Electroden gemacht.

Es ist nicht der Zweck dieser Arbeit, ausführlich in die Besprechung der Stricturen und deren Behandlung einzugehen und deshalb muss Vieles als bekannt vorausgesetzt und unerwähnt gelassen werden. Wir treten aus diesem Grunde nicht auf die Anatomie, Symptomatologie, Diagnostik und auf die zahllosen Instrumente ein, welche für diese Zwecke erfunden und so vielfach modificirt worden sind.

Definition. In der Nomenclatur der Harnröhrenstricturen hat sich leider als eine Unterabtheilung die „Spastische Strictur“ eingeschlichen, welche ich nicht anerkennen

*) Vorgetragen in der Versammlung der Deutschen Medic. Gesellschaft der Stadt New York am 7. Juni 1897.

kann. Ein vorübergehender Krampf ist einmal keine Strictur und kann hier um so eher übergangen werden, als der galvanische Strom darauf keine Heilwirkung hat. Unter Strictur kann ich nur eine Verengerung der Harnröhre verstehen, welche als Folge eines entzündlichen Zustandes entstanden ist. Dieser Folgezustand mag verschiedener Qualität sein, einfach entzündlich, fibrös, callös etc. Der Grad der Verengerung kann ebenso verschieden sein und schliesslich soweit gehen, dass der Urinstrahl unterbrochen und der Urin zuletzt nur noch tropfenweise entleert werden kann. In allen diesen Fällen ist die Electrolyse anwendbar, mag die Strictur noch so hochgradig sein.

Die Theorie der Electrolyse ist nicht neu, und beruht in der Anwendung auf Harnröhrenverengerungen auf der chemischen Zersetzung durch den galvanischen Strom. Schon im Jahre 1800 haben Nicholson und Carlisle experimentell Wasser durch Electricität zersetzt, so dass Sauerstoff sich am positiven Pole und Wasserstoff am negativen Pole entwickelte. Der electrische Strom zersetzt durch seine chemische Wirkung einen zusammengesetzten Körper in seine Elemente. Der lebende menschliche Körper ist ein guter Electrolyt, weil er Wasser und Salze enthält, welche Eigenschaft absolut nöthig ist, damit Electrolyse stattfinde. Wie lächerlich daher, dass in einer ärztlichen Gesellschaft ein Vortragender den galvanischen Strom auf eine todte, trockene Kalbsaorta einwirken liess und damit beweisen wollte, dass Electrolyse nicht existire und zur selben Zeit erklärte, er hätte in einer Harnröhre des lebenden Körpers Geschwüre erzeugt und den Patienten nicht curirt.

In der electrolytischen Wirkung des galvanischen Stromes auf den lebenden Organismus machen sich andere Factoren geltend, unter denen von manchen Autoren, besonders aber von Dubois-Reymond, die cataphorische hervorgehoben wird. Dieser Zustand wird von meinem Freunde Dr. L. Wolff in Philadelphia so treffend geschildert, dass ich seine Erklärung hier zu citiren mir erlaube: „Die cataphorische Wirkung erklärt sich aus der Richtung des Stromes, welcher innerhalb der Elemente vom electronegativen nach dem electropositiven Körper gerichtet ist, und bei der Insertion eines porösen Mediums dort durch eine Ansammlung des Fluidums sich kund giebt. Im äusseren Strom, d. h. zwischen Anode und Cathode, ist die Richtung des Stromes eine entge-

gengesetzte, und ist die Anhäufung des Fluidums dort am electronegativen Pole, d. h. an der Cathode. Es ergiebt sich daher, dass bei der Electrolyse des Organismus sowohl eine Anhäufung der Fluida an der Cathode stattfindet, als auch der Zersetzungsproducte electropositiven Characters. Diese sind nun hauptsächlich bei der Gegenwart der normalen Salze des Körpers die basischen Bestandtheile derselben, während die sauren gegen die Anode wandeln*)."

Die electrolytische Zersetzung der Alkalien wurde zuerst von Davy bewirkt in 1807. Kupfervitriol wird zersetzt in Kupfer als Cation; und Schwefelsäure und Sauerstoff als Anion.

Nach der Zersetzung einer Lösung von Jodkali durch Electrolyse finden wir an der Anode: Jod, Säure und Sauerstoff, dagegen an der Cathode: Kalium und Wasserstoff.

Aus dem Gesagten ergibt sich nicht allein die Theorie, sondern auch die Thatsache, dass die beiden Pole verschieden, aber ganz bestimmt wirken und zwar finden wir an der Anode Säuren, Sauerstoff und an der Cathode sammeln sich Wasserstoff, Alcalien und ihre Basen.

Die experimentelle Zersetzung von Salzen und Metallen, die microscopischen Befunde nach der Electrolyse, Thierexperimente, einfache Electrolyse mit Nadeln in frischem Rinds- oder Schweinefleisch und endlich die Resultate in der Praxis geben zusammen genügende Beweise für die Richtigkeit der obigen Theorie, welche wegen Mangels an Raum hier nur kurze Erwähnung gefunden hat.

Die practische Folgerung aus den eben erörterten Thatsachen ist die, dass bei der Behandlung von Stricturen der galvanische Strom angewandt werden muss und an der Stelle der Verengerung nur der negative Pol. Der electrische Strom muss schwach sein und nie mehr als 5 Milliamperes betragen, so dass eine Aetzung oder Zerstörung gesunden Gewebes eine Unmöglichkeit ist.

Starke Ströme von kurzer Dauer können nur schaden, weder resorbiren, noch eine chemische Wirkung auf electrolytischem Wege ausüben.

Die folgenden Experimente werden das Gesagte und andere Punkte erläutern:

Experiment 1. Eine Auflösung von Jodkali ist in zwei gleiche Theile zertheilt. Die Flasche A zeigt das Resultat der

*) N. Y. Med. Presse, Feb. 1887.

sogenannten „Linear electrolysis", nach Wirkung des galvanischen Stromes von 10 Milliamperes für 30 Secunden; wir können sehen, dass in Wirklichkeit fast keine Electrolyse, d. h. Zerstetzung stattgefunden hat.

In der Flasche B ist das Resultat meiner Methode zu sehen: 5 Milliampere für 10 Minuten, und die braune Farbe beweist, dass Jod durch Electrolyse aus der Lösung separirt wurde.

Experiment 2. Electrolyse von 5 Milliampere für 10 Minuten am mucösen Gewebe einer Schweinsblase, welches beweist, dass meine Behandlung das gesunde Gewebe weder brennt noch zerstört.

Experiment 3. Electrolyse einer Jodkalilösung in zwei Gefässen, welche in einer Schale separat stehen, so dass der Strom durch das Wasser gehen muss. In der mit der Anode verbundenen Flasche sehen wir, wie sich das Jod sammelt (braune Färbung).

Experiment 4. Electrolytische Zersetzung eines Eies.

Armamentarium.

Die Instrumente, welche von mir zur Behandlung der Harnröhrenverengerungen gebraucht werden, bestehen aus: einer galvanischen Batterie mit den nöthigen Leitungsschnüren, Verbindungsschrauben, einem Milliamperemeter, Bougies à boules und (Filiform) Leitsonden, einer vollständigen Auswahl von Electroden, die in vier verschiedenen Formen gebraucht werden.

Irgend eine gute galvanische Batterie kann benutzt werden, wenn die Construction derart ist, dass die graduelle Verstärkung und Abschwächung des Stromes ohne Unterbrechung und mit voller Beständigkeit bewirkt werden kann. Am besten sind kleine Zellen mit kleiner Oberfläche der Platten aus Zink und Kohle. Da der Erfolg der Behandlung von der chemischen Zersetzung und der Absorption mit Hinzutreten der cataphorischen Wirkung abhängt, so muss Cauterisation vermieden werden. Aus diesem Grunde wirken schädlich: grosse Zellen, grosse Oberfläche der Platten und zu starker Säuregehalt der Erregungsflüssigkeit. Die Kunst ist, die Cauterisation zu vermeiden und die chemische Zersetzung zu befördern, und zu diesem Zwecke eine Batterie mit geeignetem Potential auszuwählen.

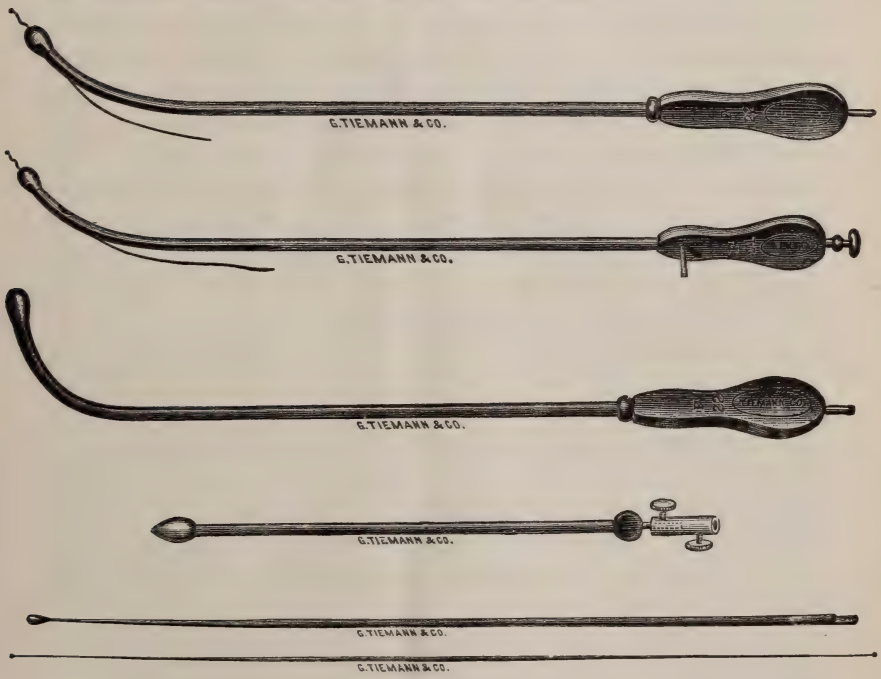
Obgleich ich seit Jahren Leclanché Zellen (Axo) gebrauche, kann ich doch den alten beweglichen Apparat empfehlen mit

Platten von Zink und Kohle in einer schwachen Flüssigkeit von doppelt chromsauren Kali in Lösung verdünnter Schwefelsäure.

Die Bougies à boule sind aus Fischbein gemacht und werden zur Untersuchung benützt, um die Diagnose der Strictur und den Sitz derselben festzustellen.

Die Stromstärke muss stets mit dem Milliamperemeter controlirt werden.

Electroden für den besonderen Zweck der Behandlung von Harnröhren-Stricturen sind von mir construirt worden. Es giebt deren vier verschiedene Gattungen:



1) Electroden mit eiförmigem Ende. Die Electroden, die in gewöhnlichen Fällen gebraucht werden, haben eine kurze Biegung mit einem eiförmigen Knopfe, an dem zur Electrolyse benutzten Ende; am anderen Ende befindet sich ein Draht zur Verbindung mit dem negativen Pole der Batterie. Die einzigen nicht isolirten Theile sind die als Stromleiter benutzten Enden. Der übrige Theil der Electrode muss gut isolirt, vollkommen glatt und ohne Unebenheiten

sein. Die Länge des nicht isolirten Knopfes steht im Verhältnisse zum dicken Durchmesser der Electrode; so beträgt die Länge der Spitze für No. 11 Charrière 3/16 Zoll, für No. 21 $\frac{3}{8}$ Zoll. Von diesen Electroden muss man die Nummern 11, 14, 17, 18, 20, 21, 23, 25, 28 der französischen Scala vorräthig haben.

2) Electroden mit eichelförmigem Ende. Diese werden in gewissen Fällen für Stricturen der ersten 6 Zoll der Harnröhre angewandt. Man gebraucht die Nummern 15, 17, 20, 22, 25 und 27 Charrière. Dieselben sind kurz, gerade, ohne Krümmung und mit eichelförmigem Knopfe. Zuweilen ist es wünschenswerth vorwärts zu kommen, indem man mit der Spitze der Electrode in die ringförmige Strictur eindringt, um mit grösserer Leichtigkeit mit dem voluminöseren Theile der Eichel nachfolgen zu können. Hier thun diese Art von Electroden gute Dienste. Die electrische Wirkung findet am grössten Umfange der Eichel statt, und entfaltet die grösste Wirksamkeit beim Zurückziehen der Electrode, wobei der Operateur am besten beurtheilen kann, bis zu welchem Grade die Einwirkung stattfinden soll. Man benutzt sie auch wenn die Strictur sich nahe dem Orificium befindet.

3) Hohlrinnen-Electroden. Man gebraucht gewöhnlich die Nummern 9, 11, 14, 17, 20, 21 Charrière. Dieselben sind wichtig für die Behandlung sehr bösartiger, gewundener Stricturen. Die Krümmung ist kürzer und der eiförmige Kopf mit einer Hohlrinne versehen, um sie über dünnen Fischbeinsonden (Filiform) einzuführen. In Fällen, in denen die Strictur mit gewöhnlichen Instrumenten nicht passirbar war, wurde diese Electrode mit Erfolg angewandt, und passirte die Strictur ohne Gefahr, falsche Wege zu machen.

4) Die Combinations-Electrode ist eine Hohlrinnenelectrode mit einem Catheter zu einem Instrumente vereinigt. Sie ist eine Hülfselectrode für extreme Fälle.

In Fällen, in denen eine sehr enge Strictur mit Retentio urinae complicirt ist, besteht die Indication mit einem Instrumente das Hinderniss zu beseitigen und den Urin abzulassen, da die Theile zu empfindlich sind, um die Einführung von zwei Instrumenten hinter einander zu gestatten. Auch ist es zuweilen von Vortheil für den Patienten, wenn man ihm die Blase ausspült. Dies kann alles mit demselben Instrument geschehen.

In vielen Fällen muss der Urin langsam abgelassen, die Blase ausgespült, und eine gewisse Quantität reines Wasser zurückgelassen werden aus folgenden Gründen: Durch die Verengerung der Harnröhre hat eine retentio des Urins stattgefunden, welche die Blase erweiterte und den Muskeldruck verringerte oder sogar Paralyse verursachte. Die Erweiterung der Harnröhre in solchen Fällen vermag oft nicht die Muskelkraft der Blase herzustellen und der Patient leidet nach wie vor an Retention. Werden die erwähnten Vorsichtsmassregeln gut ausgeführt, fühlt der Patient sofort besser und kann die Blase gebrauchen.

Historisches. Der Vorgang der Electrolyse ist bekannt seit 1800. Die Anwendung in der Behandlung der Harnröhrenstricturen datirt vom Jahre 1847, als Crussel und Wertheimer ihre ersten Versuche machten. Ihnen folgten Babtisto Campos[1], Dutrieux[2], Willebrand, Ciniselli, Scontetten[3], Brenner, Mallez und Tripier[4], und Althaus[5] hat sich Verdienste erworben sowohl durch seine Abhandlungen, als auch durch seine microscopischen Arbeiten in 1866 und 1867.

Obwohl diese Versuche manche Cur bewirkt haben, so war doch keine Methode etablirt worden, welche nach bestimmten Regeln Harnröhrenstricturen heilte, ohne Recidive befürchten zu müssen.

Verfasser bildete daher vor etwa 30 Jahren seine eigene Methode aus und verbesserte dieselbe in kurzer Zeit durch Construction neuer Instrumente. Im Vergleich mit der dem früher üblichen Verfahren beansprucht er die Priorität für seine Methode in folgenden Punkten:

---

[1]) Babtisto Campos „De la galvano-caustique chimique, comme moyen du Traitement des rétrecissements de l' urèthre, Paris, 1871.

[2]) Dutrieux „De la galvano-caustique, chimique dans le Traitement des rétrecissements organiques de l'urèthre." Press Med. Belge, No. 25, 1872.

[3]) Scontetten. Bull. Acad. de Med. Par. 1864-5, XXV. 969.—Gaz. hebd. de Med. Par. 1865, 20 II. 450.

[4]) Maller et Tripier. Traitement des rétrecissements urètraux par la galvano-caustique chimique négative, Compte-Rendu de l'Acad. des Sciences. Bulletin Thérapeutique, Mai 30, Med. 58.
Mallez et Tripier, Lancet October, 1871.

[5]) Althaus. Heilung der Harnröhren-Stricturen durch die Electrolyse. Görschen's deutsche Klinik, No. 34—36.

Vergleich der

Aelteren Methoden mit Newman's Methode.

1) Strom.

1) Starke Ströme, welche cauterisirend und zerstörend auf die Gewebe wirkten, mit Hinterlassung von permanenten Narben.	1) Scwache Ströme, welche durch chemische Zersetzung die Strictur zur Resorption bringen, nicht cauterisiren, daher keine Narben bilden.

2) Intervalle zwischen den Operationen.

Kurze Intervalle verhindern Heilung durch stets neue Reizung.	Längere Intervalle erlauben Restitution und damit Heilung.

3) Wahl der Batterie.

Batterie ohne bestimmte Stromstärke.	Geeignete Stärke des Stromes.
Grosse Zellen.	Kleine Zellen.
Grosse Flächen der Elemente.	Kleine Flächen der Elemente.
Starke säuerliche Flüssigkeit.	Schwache säuerliche Flüssigkeit.

4) Verbesserung der Electroden.

Beliebiger Draht, ohne besondere Vorschrift, über welchen ein elastischer Catheter geschoben wurde. Vide Althaus Medical Electricity.	Electrode polirt und isolirt, ausgenommen an beiden Enden, bestimmte Biegung, starr, Ende mit der bestimmten Form eines Eies u. s. w.

Verfasser hat in allen seinen Arbeiten die Verdienste der früheren Operateure erwähnt, und Niemand schätzt mehr als er die anerkennenswerthen Arbeiten von Althaus, Mallez und Tripier. Sie waren die Pioniere und ohne sie hätten wir keine Fortschritte gemacht. Aber die jetzige hier erwähnte Methode ist nicht die alte, sondern eine ganz neue, wie aus der obigen vergleichenden Tabelle hervorgeht. Einen noch besseren Beweis hierfür ist die Beschreibung der Electrolyse in Stricturen von Dittel in seinem Werke Seite 173. Er beschreibt die alte Operation wie folgt: „Der Zinkpol wird an der inneren Partie des linken Oberschenkels fixirt. Nach-

dem der Kupferpol an die Strictur geschoben ist, wird der Strom geschlossen. Es tritt nun ein Brennen ein, welches, je stärker der Schorf sich bildet, geringer wird. Der Mandrin wird immer mehr vorgeschoben, von vorn nach hinten und zugleich seitlich cauterisirt, bis das ganze Hinderniss zerstört ist. Mit der Operation ist die ganze Behandlung geschlossen, nur wurden die Kranken später noch öfter catheterisirt, lediglich, wie sich Tripier ausdrückt, zu dem Zwecke, die erhaltenen Resultate und die dauernde Heilung zu constatiren."

Kein Wunder, dass Dittel mit dieser Methode in drei Fällen keinen Erfolg hatte; dazu scheint nach der Beschreibung der positive Pole an der Strictur angewandt zu sein, welcher in allen Fällen schädlich wirkt. Die Franzosen nannten ihre Methode „galvano-caustique", welcher Name anzeigt, dass eine ätzende Zerstörung bezweckt wurde im Gegensatz zu unserer heutigen resorptionsbefördernden, chemischen Zersetzung.

Modus Operandi. Man soll sich zuerst über die Topographie der Urethra informiren, die Strictur messen und dann den Operationsplan entwerfen, mit dem vollen Bewusstsein, welches Ziel erreicht werden soll. Die Empfindlichkeit des Patienten gegenüber dem electrischen Strome ermittelt man durch Application des Stromes an seine Hände oder an einem anderen Theil seines Körpers. Die Stellung, die Patient während der Operation einnimmt, ist von geringer Bedeutung. Je nach seiner Bequemlichkeit kann er stehen, sitzen oder mit angezogenen Beinen und erhöhten Schultern auf dem Rücken liegen. Narcose wird nicht angewandt, da man keine Schmerzen verursachen und der Patient bei Bewusstsein bleiben soll, damit er über seine Empfindungen berichten kann. Ausnahmsweise kann bei nervösen Patienten Cocain angewandt werden. Für gewöhnliche Stricturen sollte der Durchmesser der Sonde die Weite der Strictur um drei Nummern (französisch) übertreffen. Die betreffende Sonde wird so weit in die Urethra eingeführt, bis der Knopf durch die Strictur aufgehalten wird. Eine Schwammelectrode, mit warmem Wasser angefeuchtet und mit dem positiven Pole der Batterie verbunden, wird fest gegen die Haut der Vola manus, des Bauches, des Oberschenkels, oder eines anderen Körpertheiles gedrückt, um den Strom zu schliessen. Während man beide Pole so fixirt, wird der Strom sehr langsam und allmählich verstärkt, bis der Patient ein warmes und etwas prickelndes Gefühl wahrnimmt, darf aber nie stärker sein als 5 Milliamperes, in manchen Fäl-

len genügen 2, 3 oder 4 Milliamperes. Der Operateur muss die Sonde stetig gegen die Strictur halten und wird bald bemerken, dass Resorption stattfindet, dass die Strictur nachgiebt, sich erweitert, und dass das Instrument langsam vorwärts gleitet und das Hinderniss passirt; ja, in einzelnen Fällen passirt es mit einem förmlichen Ruck die Strictur. Sind mehrere Stricturen vorhanden, so führt man die Sonde in derselben Weise weiter, bis sie in die Blase gelangt ist. Dann wird die Electrode zurückgezogen, und jede Strictur noch einmal gründlich bearbeitet, bis man vor die erste gelangt, wo dann der Strom ganz allmählich bis auf Null abgeschwächt wird. Dann erst soll man die Electrode entfernen. Während der ganzen Operation muss die Electrode leicht und sanft, mit Vermeidung stärkeren Druckes und aller Gewalt, in ihrer Stellung gegen das Hinderniss gehalten werden. Die Sonde findet den rechten Weg und verrichtet ihre Arbeit durch die electrolytische Wirkung des Stromes. Eine Sitzung dauert zehn Minuten, oder unter Umständen auch länger.

Ich habe viele Tausende Fälle von Stricturen mit Electrolyse behandelt. Manche Kranke liessen sich nur vorübergehend behandeln, andere lernte ich nur als consultirender Arzt kennen, viele wurden in der Klinik und Poliklinik behandelt; solche Fälle liessen sich nicht weiter verfolgen und waren für eine Statistik nicht zu verwerthen. Viele Patienten fühlten sich so wohl, wenn ihre Harnröhre bis auf No. 22 Charriére erweitert war, dass sie keine weitere Behandlung wünschten und mit Dankgefühl verschwanden.

Bestanden hatten die Stricturen seit verschieden langer Zeit, meistens waren es chronische, mehrjährige Fälle, theilweise von 20-, 25-, ja 30-jährigem Bestande. Die Patienten hatten je 1 bis 6 Stricturen. In allen Theilen der Harnröhre wurden Verengerungen angetroffen. Ungefähr die Hälfte der Patienten hatten nur eine Strictur.

Der Sitz der Strictur war am häufigsten 5 Zoll vom Orificium entfernt; in der pars membranacea wurden 15 Prozent, in der pars prostatica 6 Prozent der Stricturen beobachtet.

Die Dauer der Behandlung betrug im Durchschnitt 2 bis 3 Monate, die Zahl der in den Zwischenräumen von 1 bis 2 Wochen stattfindenden Sitzungen durchschnittlich 6 für jeden Fall. Die Patienten blieben unter Beobachtung und wurden später wieder untersucht, durchschnittlich nach 6 bis 7 Jahren.

Vortheile der electrolytischen Methode.

1) Die Electrolyse kann in allen Theilen der Harnröhre angewandt werden.

2) Sie bewirkt mit Sicherheit eine Erweiterung der Strictur und gestattet die Passage von Instrumenten durch solche Verengerungen, welche auch für den geschicktesten Operateur unpassirbar waren.

3) Die Operation verursacht weder Schmerzen, noch irgend welche Unbequemlichkeiten.

4) Es ist nicht die geringste Gefahr damit verbunden.

5) Bei geschickter Ausführung hat die Operation keine unangenehmen Folgen, wie Blutungen. Fieber u. dgl.

6) Die Patienten fühlen augenblicklich Besserung.

7) Der Patient braucht nicht das Bett zu hüten, kann seinem Berufe nachgehen, wird weder von seinen Geschäften noch seinen geselligen Pflichten abgehalten und kann während der Behandlung seinen Unterhalt verdienen.

8) Ist er einmal curirt, so ist er vor Recidiven sicher.

Fall I. Stricturen. — Drei Male Urethrotomie: verschlimmert. — Electrolyse heilt den Patienten.

Der gewöhnliche Verlauf der Behandlung wird am besten verstanden durch den detaillirten Bericht eines Falles, der kürzlich in meiner Praxis vorkam. Der Patient wurde zu mir gebracht von Dr. Freedman, der Augenzeuge war in allen Sitzungen.

A. T., Alter 29 Jahre, ledig, wohnhaft in Brooklyn, hatte vor 7 Jahren Urethritis. Die Behandlung bestand in Medicin und Einspritzungen während vier Monaten.

Vier Jahre später zeigte sich eine Harnröhrenverengerung. Der Patient wurde ein Jahr ohne Diagnose gefoltert. Dann wurde die Strictur erkannt und zur Erweiterung bougies, später Sonden angewandt, welche die Harnröhre bis No. 8 Fr. erweiterten. Alle anderen Versuche, mehr Fortschritte mit Sonden zu machen, waren vergeblich, und es wurde Urethrotomie ausgeführt mit dem Gouley'schen Instrument. Der Patient wurde für geheilt entlassen, kam aber nach einem Jahre wieder mit denselben Beschwerden und Symptomen. Die Strictur war gerade so wie vor der ersten Operation, und wurde zum zweiten Male mit demselben Instrumente geschnitten, auch diesmal ohne Anästhesia. Die Urethra verengerte sich wieder und nach einem Jahre wieder eine Urethrotomie unter Ethernarcose mit dem Civiale Urethrotome gemacht. Nachbehandlung mit Sonden, um die Harnröhre offen zu halten und womöglich mehr zu erweitern. Das Caliber der Harnröhre dagegen wurde immer kleiner, und das Resultat war eine Impermeabilität bis zum totalen Harnröhrenverschluss, und alle Versuche, die Röhre offen zu halten, scheiterten. In diesem Zustande kam der Patient zu mir.

17. April 1897. Ein bougie à boule fand die Harnröhre voller Stricturen und konnte nur vier Zoll vorgeschoben werden, wo eine Strictur gefunden wurde, durch welche die gewöhnlichen Instrumente nicht passirten. Die Theile waren sehr empfindlich und erlaubten nur den Durchgang des Urins in kleinen Tropfen; die Retention war derart, dass schon lange kein Strom passirte. Cocain wurde gebraucht, um die Empfindlichkeit zu verringern. Es gelang mit Mühe, eine Fischbeinsonde (Filiform) durch die Stricturen und in die Blase einzuführen, um einen Führer zu haben für die Electrode. Eine Combinationselectrode No. 9 Fr., wie vorher unter No. 4 beschrieben, wurde mit der Hohlrinne über den Filiformleiter geführt bis zur ersten Strictur als Cathode der galvanischen Batterie, während eine mit Schwamm überzogene Kohlenelectrode in der Hand des Patienten als Anode diente. Der electrische Strom wurde von Zelle zu Zelle verstärkt bis zu 4 Milliamperes, passirte mit Electrolyse alle Stricturen und man kam nach fünf Minuten in die Blase. Die Leitbougie wurde entfernt, und der Urin langsam durch die Electrode entleert, aber zugleich die Blase theilweise mit warmem Wasser gefüllt, Irrigation fortgesetzt und zuletzt vier Unzen Wasser in der Blase gelassen, dann unter 5 Milliampere Strom die Electrolyse fortgesetzt und das Instrument No. 9 langsam zurückgezogen. Als die Electrode nahe der Mündung der Harnröhre war, wurde der electrische Strom langsam vermindert und die Electrode entfernt. Der Blasenhals zeigte Widerstand durch krampfhafte Zuckungen, welcher Zustand wesentlich die Retention vermehrte. Patient fühlte erleichtert und konnte später freiwillig uriniren. Eine schwache Enspritzung wurde verordnet, um die Reizbarkeit der Harnröhre zu vermindern.

April 23. Electrolyse mit einem Instrument No. 11 Fr., eiförmige Knöpfe als negativer Pol. Stromstärke 4 Milliamperes; fand erste Verengerung 4 Zoll von der Mündung, drang unter Electrolyse langsam vor zu 5¾ Zoll. Diese Strictur wurde etwas erweitert, aber da eine kleine Blutung eintrat, wurde die Operation beendigt.

April 26. Die Leitbougie kam ungefähr 4 Zoll von der Mündung in einen falschen Weg, der schon lange bestanden hat. Eine zweite Sonde (filiform) rutschte an der ersten vorbei und wurde in die Blase eingeführt. Electrolyse mit No. 11 Fr. Hohlrinnensonde über das Filiform, mit 4 Milliamperes Stromstärke machte langsame Fortschritte und wurde in die Blase eingeführt. Die Operation dauerte 7 Minuten.

Mai 1. Erstes Filiform füllte 5½ Zoll einen falschen Weg aus, zweites Filiform wurde in die Blase eingeführt. Electrolyse mit No. 14 Fr. Combination 4 Milliamp. Instrument passirte alle Stricturen in 6 Minuten, erweiterte dieselben. Blase ausgewaschen. Kein Ausfluss und keine Blutung.

Mai 7. Electrolyse wie zuvor über Filiform mit No. 14 Fr., eiförmigem Knopfe, 4½ Milliamp. 7 Minuten. Patient fühlt sehr gut. Es ist kein Zweifel, dass wenigstens zwei kleine falsche Wege vorhanden sind. Auch bestehen bestimmt 4 Stricturen; der Sitz derselben von der Mündung ist 4, resp. 8¾, 6¼, 7¼ Zoll.

Mai 14. Electrolyse mit No. 17 Fr., eiförmiger Knopf, Hohlrinne

über einem Filiform Fischbein. Stromstärke 5 Milliamperes; drang vorwärts bis 5 Zoll, wo eine callöse Masse die Electrode aufhielt als wenn der Widerstand von einem Mauerwerk verursacht wäre. Die Electrode wurde nur leicht gehalten, kein Druck ausgeübt, und trotz aller Geduld dauerte es 10 Minuten bis die chemische Zersetzung die Verengerung so viel verweitert hatte, dass die Electrode durchschlüpfte, und sogar eine spärliche Blutung verursachte. Die anderen Verengerungen gaben nur kurzen Wiederstand und die Sonde wurde in die Blase geleitet. Auf dem Rückwege der Sonde wurden die Stricturen noch mehr erweitert. Die ganze Operation daurte 20 Minuten.

Mai 21. Ein Filiformführer wurde leichter und ohne Schwierigkeiten in die Blase eingeführt, über welchen eine Combinationselectrode No. 18 Fr. mit Hohlrinne lief mit 5 Milliamperes Strom. Alle Stricturen wurden langsam erweitert, der Urin entfernt und auf dem Rückwege weiter electrolysirt. Bestimmte Fortschritte sind gemacht, aber die Harnröhre ist so infiltrirt, dass die Gewebe sich wie eingepökeltes Schweinefleisch anfühlen. Zeit 16 Minuten.

29. Mai. Patient fühlt viel besser, kann besser uriniren und hat einen guten Strom. Electrolyse direct mit No. 18 Fr., eiförmig, 5 Milliamperes 10 Minuten. Instrument passirte leichter als je alle Stricturen bis in die Blase ohne Beschwerden. Die Gewebe verändern sich zum Besseren und verlieren die Härte, welche früher da war und mit rohem Schweinefleisch verglichen wurde.

5. Juni. Electrolyse direct mit No. 20 Fr., eiförmig, 5 Milliamperes 8 Minuten, erweiterte Caliber durch chemische Zersetzung in verhältnissmässig kurzer Zeit. Patient fühlt sehr gut, hat einen guten Strom und keine Beschwerden beim uriniren. Die Blase kann jetzt bequem 14 Unzen halten.

Die weitere Behandlung wird in wöchentlichen Sitzungen fortgesetzt und die folgenden Nummern gebraucht: Nos. 21, 23, 25, 26, 28 Fr., so dass der Patient in 5 Wochen als geheilt entlassen werden kann.

Fall II. Drei Stricturen seit 26 Jahren, Retentio curirt durch Electrolyse. — Keine Recidive in 10 Jahren.

22. Januar 1886 wurde Patient von Dr. C. S. Wood, New York, gesandt. Stricturen wurden immer beschwerlicher. Blasenkrampf und zuletzt Harnröhrenschluss. Urin kommt nur tropfenweise und mit Krampf. Stricturen waren 3½, 6½ und 7½ Zoll vom Orificium. Wurde 4 Monate behandelt, allmählig fortschreitend von No. 9 Fr. bis No. 25, wobei er so wohl fühlte, dass er keine Verbesserung mehr wünschte. Blieb aber 10 Jahre unter Beobachtung und keine Recidive traten ein.

Dr. Wood erwähnte diesen Fall in der Versammlung der Northwestern Medic. und chirurg. Gesellschaft, den 18. April 1888.

(Schluss in nächster Nummer.)

Ueber die Bedeutung der Vasogenpräparate.

Von

Dr. Constantin Monheim, New York.

In der modernen Therapie macht sich das Bestreben geltend, bei der Anwendung von Medicamenten, sei sie innerlich oder äusserlich, dieselben in eine Form zu bringen, die die möglichst vollendete Assimilation bzw. Resorption ermöglicht; besonders wünschenswerth musste dieses Ziel für stark wirkende mehr oder weniger unlösliche Arzneimittel erscheinen; die Forderungen, welche sich für eine solche Arzneiform als Träger von Medicamenten, seien es indifferente oder differente ergeben sind folgend:

1) Es darf das Arzneimittel durch das Substrat in seiner chemischen Natur nicht verändert werden; das Substrat muss daher chemisch möglichst indifferent sein.

2) Das Substrat muss die zur Verwendung kommenden Arzneimittel vollständig lösen bezw. suspendiren (Hg).

3) Das Substrat für sich, bezw. dessen Verbindung mit den Medicamenten müssen mit den Schleimhäuten bezw. den Secreten der Haut emulsiren, d. h. eine microscopische feine Vertheilung bezw. Lösung eingehen, wodurch deren sofortige Assimilation bezw. Resorption bewirkt wird.

4) Das Substrat muss eine genaue Dosirung der Medicamente gestatten.

Nach 1) handelte es sich in erster Linie darum ein indifferentes Lösungsmittel für die Medicamente zu finden; der Gedanke lag nahe, hierzu die Vertreter der Paraffingruppe zu wählen, welche sich durch äusserst geringe chemische Verwandtschaft auszeichnen Die Paraffingruppe hat unter ihren Vertretern sowohl feste Paraffine als auch flüssige, genannt Vaselinöle. So günstig nun auch die chemische Indifferenz der Körper der Paraffinreihe in Betracht kam, so war ihre Verwendung dadurch ausgeschlossen, dass sie in Wasser gänzlich unlöslich sind und nicht resorbirt werden. Das Ziel war nun, diese gänzlich wasserunlösliche Körper wasserlöslich zu machen ohne ihren chemischen Character wesentlich zu verändern; es gelang dies nach langen Versuchen durch Verbindung der Paraffine mit Sauerstoff zu erreichen. Das erhaltene Product, das Vasogen genannt wird, hat die werthvolle Eigenschaft, dass es entsprechend Forderung

1) mit Wasser in jedem Verältniss äusserst fein emulgirt;
2) eine Reihe von in anderen Medien unlöslichen Medicamenten auflöst;
3) dass das reine Vasogen, sowie dessen Lösungen von Medicamenten von den Schleimhäuten bezw. der Haut mit der grössten Leichtigkeit aufgesogen werden.

Je nachdem man bei der Darstellung von flüssigen Paraffinen (Vaselinölen) oder festem Paraffin ausgeht erhält man: flüssiges Vasogen (Vasogenum liquidum) oder festes, d. h. salbenartiges Vasogenen spissum. Man kann entsprechend Forderung 4) die Menge des Medicaments, welche zur Resorption kommen soll genau bestimmen.

Die Erfüllung obiger 4 Forderungen fällt besonders bei den stark wirkenden Stoffen Jod, Jodoform, Creosot, Quecksilber ins Gewicht; es gelingt wie experimentell von mir durch die weiter unten genau beschriebenen chemisch-physiologischn Versuche bewiesen ist, die vier genannten, therapeutisch wichtigen Medicamente durch Einreiben auf die Haut in den Kreislauf des Blutes zu bringen; die Wichtigkeit der Thatsache, dass man stark wirkende Medicamente durch Einreiben in die Haut dem Organismus in bestimmter Dosis zuführen kann, wo die innere Anwendung derselben contradicirt ist, wird in den weiter folgenden ärztlichen Abhandlungen hinreichend gewürdigt und ist die Methode in klinischen Fällen mit bestem Erfolg angewandt worden. Hervorzuheben ist für das Jod die schmerzlose Application, das Vermeiden der Jodflecken und bei Quecksilbervasogen, das mit dem Vasogenen spissum bis zu 50 Proz. Hg Gehalt hergestellt wird, die Reinlichkeit der Anwendung, da es vollständig von der Haut aufgesogen wird.

In der medicinischen Literatur der letzten Jahre findet sich eine Reihe von Abhandlungen über Vasogen und die Vasogenpräparate. Der Name Vasogen ist eine Zusammenziehung von „orygenirtem Vaselin", d. h. mit Sauerstoff (Oxygenium) angereicherten Kohlenwasserstoffen. Der erste, der die Idee fasste, diese durch Verbindung mit Sauerstoff löslich gemachten Kohlenwasserstoffe (Vaselinöle) für medicinische Zwecke zu verwenden, war Prof. Dr. B a y e r in Brüssel. Er legte seine Erfahrungen, die er in seiner Klinik nach 2- bis 3-jährigem Gebrauch der Vasogene machte, in der „Deut. Med. Wochenschrift", No. 39, 1893, nieder. Nachdem er darauf hingewiesen, dass bereits im Alterthum Hippokrates, Plinius,

Celsus die Kohlenwasserstoffe unter den Namen Bitumen, Naphta, Maltha, Asphalton in der Therapie angewandt hatten und man damals zwei Arten, die schweren und die leichten Oele unterschied, datirt er das Wiedereintreten der Kohlenwasserstoffe in die Therapie von dem Auftreten des flüssigen Vaseline, der Vaselinöle, an. Zugleich weist er auf deren Eigenschaften, Essenzen, die meisten Alkaloide und antiseptischen Mittel aufzulösen, wie auch ihre Unschädlichkeit, hin.

Die eigentliche Bedeutung für die Therapie erlangten die Vaselinöle erst durch ihre Anreicherung mit Sauerstoff (Oxygenium), wodurch 1) die Emulgirbarkeit bezw. Löslichkeit mit Wasser; 2) eine bisher unbekannte Resorptionsfähigkeit erzielt wurde. Den mit Sauerstoff angereicherten Kohlenwasserstoffen, die den Collectivnamen Vasogene erhielten, wurden die verschiedenen Medicamente Jod, Jodoform, Creosot, Menthol, Terpentin, Creolin, Campher, Ichthyol, Salicylsäure, Chinin, Quecksilber etc. einverleibt und angewandt und zwar a) zu Einreibungen auf die Haut und auf die Schleimhäute, b) innerlich, c) in der Chirurgie.

Die Anwendung von Ichthyol und Jodoform ergab nach Prof. Bayer sehr gute Resultate bei Eczema, Prurigo, Acne, Psoriasis, Pityriasis u. s. w. Camphervasogen erzielte grossen Erfolg bei Neuralgie, Rheumatismus, Gelenkschwellungen, während die Einreibungen mit Creosotvasogen bei Tuberculose und den Affectionen der Schleimhäute der Luftwege sogar in solchen Fällen gute Resultate ergaben, in denen man auf jede andere Medication hatte verzichten müssen. Die Resorption des Creosots bei der äusserlichen Anwendung wurde durch Nachweis von Phenolen im Harn festgestellt; Menthol, Creolin, Ichthyol und Jodoformvasogen eignen sich vor Allem zur localen Behandlung von Schleimhauterkrankungen. Die Application geschieht entweder direct oder mittelst einer mit Watte umwickelten Sonde, oder in Emulsion als Verstäubung, als Einspritzung und als Gurgelwasser.

Die innerliche Anwendung des Creosot bei Tuberculose und anderen Erkrankungen der Luftwege, wie chronischer Bronchitis, Asthma, Keuchhusten per os et per rectum zeigte sich jeder anderen Behandlungsweise überlegen (Bayer l. c.). Für die Chirurgie ist besonders das Jodoformvasogen hervorzuheben a) als Antisepticum und Aseptieum, b) als secretionsbeschränkendes und damit den Wundverlauf beschleunigen-

des Mittel und c) als Dissolvens bei Behandlung von Tumoren durch Einspritzung in das Zellengewebe.

Besonders hebt Professor Bayer das seifenartige Creolinvasogenpräparat hervor, als ausgezeichnetes Desinfectionsmittel zum Reinigen der Hände, der Instrumente etc.; das Creolinvasogen dringt überaus leicht in die Haut ein, ist im Gegentheil zum Sublimat absolut unschädlich und macht zudem die Haut geschmeidig. Dr. Leo Leistikow stellte in der Klinik von Prof. Dr. Unna-Hamburg gross angelegte Versuche mit Jodvasogen 6 Proz. und 10 Proz. an und legte seine Erfahrungen in den Monatsheften für praktische Dermatologie, Bd. XIX. No. 10, Bd. XXI. No. 1, Bd. XXIII. No. 12 nieder.

Nachdem Leistikow darauf hingewiesen, dass bei der Anwendung von Jodsalzen der Arzt häufig genöthigt ist, mit der Darreichung per os aufzuhören wegen auftretenden catarrhalischen Entzündungen der Schleimhäute, Herzbeklemmungen und rheumatischen Schmerzen, theilt er die durchaus günstigen Resultate mit, die er mit äusserlichen Jodvasogeneinreibungen als Ersatz für den innerlichen Gebrauch von Jodsalzen erzielt hat. Er benutzte zu seinen Versuchen die von E. T. Pearson-Hamburg, von dem überhaupt die sämmtlichen hier angeführten Vasogenpräparate hergestellt werden, angefertigten 6- und 10-prozentigen Jodvasogene; er benutzte vorzugsweise das 6-prozentige Jodvasogen, da sich bei der Anwendung des 10-prozentigen kurz nach dem Gebrauch eine folliculäre Joddermatitis eingestellt hatte, während dies bei dem 6-prozentigen nie der Fall war.

Die Art der Application war eine der gewöhnlichen Hgcur ähnliche; er liess 3 Gramm Jodvasogen etwa 10 Minuten lang verreiben in der Reihenfolge der Hgcur. Nach Leistikow sind die Indicationen für Jodvasogen folgende: 1. Blennorrhoische, acute und chronische Epididymitis. 2) Beginnende Leistendrüsenentzündungen im Anschluss an Ulcera mollia. 3. Versuchsweise bei allen Formen von Drüsenanschwellungen. 4. Syphilitische und tuberculöse Haut- und Schleimhautaffectionen. Leistikow hebt dann noch als Vorzüge des Jodvasogens dessen Reizlosigkeit bei der Anwendung und die Farblosigkeit hervor, so dass die unangenehmen Jodflecken und Hautablösungen, wie bei der Jodtinctur, in Wegfall kommen.

Dr. A. Philippson-Hamburg machte Versuche mit Vaso-

genpräparaten von salbenartiger Consistenz, dem sogenannten Vasogenum spissum, dem Hg einverleibt war. (Therapeutische Monatshefte. Berlin Februar 1896); erstaunlich erschien Philippson die rasche Aufnahmefähigkeit des salbenartigen Vasogen für Hg; selbst 50 Prozent Hg wurde mit der grössten Leichtigkeit aufgenommen und blieben beim Einreiben auf die Haut keine Hgkügelchen zurück. Die Postulate für ein Hgpräparat, denen das Hgvasogen vollständig entspricht, sind nach Philippson folgende: 1) muss das Präparat wirksam sein; 2) soll es sich nicht zersetzen; 3) leicht in die Haut eindringen und 4) die Wäsche nicht verunreinigen; dasHgvasogen ist der Handlichkeit und Sauberkeit wegen in der Stärke der officiellen Salbe (33⅓ Proz.) in Capseln von 3 und 5 Gr. abgefüllt, ebenfalls in der Stärke von 50 Proz. Hg Gehalt.

Dr. Goliner-Erfurt berichtet (Reichs-Medicinal-Anzeiger XXI. Jahrg. No. 23) über seine günstigen Erfolge mit E. T. Pearson'schen Jodoformvasogen 1½ Proz., wobei er besonders auf die Annehmlichkeit des mit Eucalyptol desodorisirten Jodoformvasogens 1½ Prozent aufmerksam macht für empfindliche Patienten.

Dr. Ostermeier-Budapest (Gyógyásat 16, 2. 1896) behandelte tuberculöse Abscesse und andere Eiterungen mit bestem Erfolge mit Jodoformvasogen 1½ Proz. Gomes (Giornale delle malattie veneree e della pelle 1896, Heft 1 hebt die Wirksamkeit des Ichthyolvasogens 10 Proz. bei feuchten und trockenen Eczemen gegenüber den anderen Ichthyolsalben, einschliesslich der Lassarschen Pasta hervor. Dr. H. Swisser, am Chirurgischen Institut in Brüssel, berichtet über erfolgreiche Anwendung von Jodoformvasogen 1½ Proz. bei tuberculöser Cystitis. Das Jodoformvasogen wird auch in 3-procentiger Lösung dargestellt.

Es würde zu weit führen, alle Autoren anzuführen, die sich in günstigem Sinne über die Vasogene geäussert haben. Hervorzuheben sind noch die Arbeiten, die sich mit der chemisch-physiologischen und bacteriologischen Seite der Vasogenpräparate beschäftigt haben.

So wies Dr. Dahmen (Aerztlich. Praktiker, Hamburg 1893, No. 51) nach dem Gebrauch des 20-proz. Creosotvasogens Phenole im Harn nach. Ferner machte Dahmen auf die eclatante Wirkung des 10-proz. Ichthyolvasogen bei Favus, sowie auf die prompte Wirkung des Jodoform- und des 5-proz. Creolinvasogens bei Gonorrhoe aufmerksam.

Die bacteriologischen Untersuchungen von Dr. Dahmen (Centralblatt für Bacteriologie und Parasitenkunde, Band XIV. 1893, No. 22) ergaben in Uebereinstimmung mit den Untersuchungen von Behring, dass dem Jodoform an sich keine besondere bacteriocide Kraft zukommt. Dahmen hebt hervor, dass das Jodoformvasogen eine wirkliche Lösung von Jodoform in einem indifferenten Medium darstellt, dass diese Lösung vermöge ihrer leichten Emulsirbarkeit in Wunden und Eiterhöhlen tief eindringt und dabei die unersetzbare Eigenschaft des Jodoforms als Vernichter der giftigen Stoffwechselprodukte der Microorganismen voll zur Geltung kommt. Jod konnte im Harn selbst dann nachgewiesen werden, wenn das Jodoformvasogen in die äussere gesunde Haut eingerieben wurde.

Die Einwirkung des 20-proz. Creosotvasogens auf Typhusbacillen ergab, dass eine 1-proz. Emulsion, die nur 0,2 Prozent Creosot enthält, Typhusbacillen schon nach 5 Minuten absterben liess.

Die Untersuchung des Creolinvasogens ergab, dass eine 1-proz. Lösung den Staphylococcus pyog. aur. nach 10 Minuten, eine 2-proz. Lösung denselben in 1 Minute absterben lässt. Choleravibrionen werden in einer 5-proz. Lösung in einer Minute getödtet.

Die Bedeutung des seifenartigen Creolinvasogens als Desinfectionsmittel zum Reinigen der Hände, Instrumente, die schon Prof. Bayer hervorgehoben hat, bestätigt Dahmen an der Hand bacteriologischer Versuche; ferner, dass die Haut bei Anwendung der Creolinseife geschmeidig und zart wird.

Die Resorptionsfähigkeit der Haut für die Jod, Jodoform, Creosot und Quecksilbervasogene machte ich zum Gegenstand einer Reihe physiologischer Versuhe am eigenen Körper. (Allgemeine Medicinische Centralzeitung, 65. Jahrgang, No. 96).

Bei Einreibung von 5 Gr. Jodvasogen 6 Proz. auf Brust und Nacken war der $3\frac{1}{4}$ Stunden später gelassene Urin bereits jodhaltig, und war die Resorption in 10 Stunden beendigt. Bei Einreibung von je 20 Gr. Jodoformvasogen $1\frac{1}{2}$-proz. im Abstand von 3 Stunden war der nach 3 Stunden gelassene Urin noch jodfrei; dagegen die nach 7, 11 und 22 Stunden abgeschiedenen Urinmengen jodhaltig; dann war die Resorption beendet. Bei Einreibung mit 3-proz. Jodoformvasogen je 10 Gr.

mit Abstand von 6 Stunden trat die Jodreaction schon nach 2 Stunden ein und war in 24 Stunden beendet.

Creosotvasogen 20-proz., je 10 Gr. in Abstand von 5 Stunden eingerieben, liess Phenol im Harn nach 4 Stunden erkennen und war die Resorption nach 10 Stunden beendet und der Harn frei von Phenolen.

Bei Einreibung mit Quecksilbervasogensalbe, 33⅓ Proz., je 2 Gramm auf Brust und Nacken in Abstand von 3 Stunden eingerieben, trat eine vollständige Resorption des Quecksilbers in 18 Stunden ein; nachher war der Harn frei von Quecksilber.

Es seien hier noch kurz die chemischen Methoden angegeben, die zum Nachweis der Medicamente im Harn nach Gebrauch von medicamentösen Vasogenpräparaten angewandt wurden, die im Allgemeinen auch von dem ärztlichen Practiker leicht anwendbar sind. Zum Nachweis des Jods im Harn nach dem Gebrauch von Jod- und Jodoformeinreibungen dampfte Dr. Dahmen jede Urinmenge zur Trockne ein, glühte den Rückstand, kochte mit wenig Wasser aus, versetzte dieses Filtrat im Reagenzglase mit einigen Tropfen rauschender Salpetersäure, schüttelte mit Chloroform aus; die Intensität der eintretenden violetten Färbung zeigte den Gehalt an Jod bezw. Jodoform im Harn an.

Eine einfache und zuverlässige Methode wandte ich zum Nachweis des Jod nach dem Gebrauch von Jod- und Jodoformvasogen an. Nimmt man 10 cc. des zu auf Jod zu untersuchenden Urins, setzt etwas Stärkekleister und concentrirte Schwefelsäure hinzu, so zeigt eine eintretende Blaufärbung scharf den Jodgehalt im Urin an.

Der Nachweis von Phenolen im Urin nach dem Gebrauch von Creosotvasogen wurde vom Verfasser in der Weise ausgeführt, dass die mit Salzsäure angesäuerten gleichen Urinmengen der einzelnen Abtheilungen der Destillation unterworfen wurden. In diesen Destillaten wurde die genau gleiche Menge einer 6-proz. Lösung von Caliumnitrit in concentrirter Schwefelsäure zugesetzt und die Menge des in dem Destillat vorhandenen Creosots nach der Intensität der eintretenden braunen, grünen bezw. königsblauen Färbung beurtheilt.

Den Nachweis von Quecksilber im Harn führte ich in der Weise, dass der Urin vollständig zur Trockne verdampft und dann mit rauschender Salpetersäure oxydirt wurde; nach Verdampfen der überschüssigen Säure wurde der Rückstand mit Wasser aufgenommen, Schwefelwasserstoff eingeleitet; der

Niederschlag wurde abfiltrirt und Salpetersäure gelöst, die überschüssige Säure verdampft und mit wenig Wasser aufgenommen; legte man ein blankes Kupferblech in diese Flüssigkeit, so schlug sich das Hg Amalgam nieder; auch durch Zusatz von Stannochloridlösung entstand der weisslich-gräuliche Hg Niederschlag.

Richard H e n s e l-Königsberg, 1894, bewies durch quantitative Untersuchungen, dass eine nahezu vollständige Ausscheidung des Creosots bei Anwendung des Creosotvasogens stattfindet; in einem Falle betrug die ausgeschiedene Creosotmenge den 1,7. Theil, im zweiten Falle den 1,06 Theil der eingegebenen Dosis.

Es wird Gegenstand einer weiteren Arbeit sein, durch eine Reihe von physiologischen Versuchen die Ausscheidung der verschiedenen Medicamente in Verbindung mit Vasogen zahlenmässig festzustellen, wodurch sichere Schlüsse auf ihre Resorption gezogen werden können.

Mit den hier angeführten Arbeiten und Mittheilungen über Vasogenpräparate dürfte die Bedeutung derselben für die Therapie hinreichend dargelegt und entsprechende Hinweise für deren Anwendung gegeben sein.

Referate und Kritiken.

Ueber die Hypertrophie des Herzens. Vorlesungen über allgemeine Pathologie von Alexis Horvath, Professor in Kazan. Ins deutsche übersetzt unter der Leitung von A. Weichselbaum, Professor der pathologischen Anatomie in Wien. Wien 1897. Braumüller's Verlag.

Die Ursache der Hypertrophie des Herzens galt bisher als vollkommen klar gestellt. Man nahm an, dass, wie jeder Muskel, so auch das Herz durch vermehrte Arbeit stärker und grösser werde und diese Ansicht hatte im Lauf der Jahre das Ansehen eines Gesetzes erlangt. Geradezu überraschend ist es daher für den Leser des Horvath'schen Buches wenn nachgewieseen wird, dass ein solches Gesetz durchaus nicht existirt, sondern dass ganz andere Momente die Muskelhypertrophie bedingen. In recht interessanter Weise lässt uns Verfasser die arbeitenden Muskeln überblicken. Als Hauptbeispiel gegen die Arbeitshypertrophie weist er nach, dass hunderttausende von Lastochsen, welche bei vorzüglicher Nahrung während einigen Monaten constant gleichmässige, und durchaus nicht übertriebene Arbeit thun, keineswegs an Muskeln zunehmen. Im Gegentheil, jeder Herdenbesitzer weiss, dass, wenn er Thiere mit sehr schönen Muskeln haben will, er denselben keine Arbeit zumuthen darf. Durch Arbeit findet kein Zuwachs der Kräfte statt, ebensowenig durch die beliebte Gymnastik.

Erstere lässt nur in den ersten Wochen die Leistungsfähigkeit der Muskeln rasch ansteigen, dann aber hört der Zuwachs auf. Dass Verfasser darin recht hat, beweist jeder berufsmässige Gymnastiker. Diese sind oft mit recht spärlichen Muskeln ausgerüstet. Die Muskelkraft ist nach Horvath grösstentheils eine angeborene Eigenschaft, gerade so gut wie die angeborenen Muskeleigenschaften den Acrobaten ausmachen und nicht die erworbenen.

Was nun die Herzhypertrophie im speciellen anbelangt, so versucht Horvath nachzuweisen, dass das pathologish hypertrophirte Herz kaum mehr arbeitet: weder was Schnelligkeit der Circulation und Blutdruck, noch was das beförderte Blutquantum anbelangt. Verf. lacht über die übliche systemlose Herzbehandlung, wonach der eine Arzt einen Patienten ins Bett steckt, um die Herzhypertrophie zu vermeiden, während ein anderer gehen als Herzgymnastik anordnet, um die „heilsame" Herzhypertrophie zu erreichen. Einige seiner Sätze wollen wir im Zusammenhang anführen: Glatte und quergestreifte Muskeln können stark arbeiten o h n e zu hypertrophiren. Die Muskeln der Thiere entwickeln sich beim arbeiten nur sehr mangelhaft. Anhaltende Gymnastik erzeugt nur äusserst unbedeutenden Zuwachs an Muskel und Kraft. Das hypertrophirte Herz arbeitet eher weniger als das normale.

Statt des Gesetzes der Arbeitshypertrophie stellt Verfasser eine neue Theorie auf, welche aber nach unseren Begriffen nicht so sehr viel neues enthält, sondern einfach das Gesetz der Arbeitshypertrophie präciser und wohl entschieden besser fasst. Er stützt sich auf Fick's „Untersuchungen über die Muskelarbeit 1867", worin nachgewiesen wird, dass Muskeln um so mehr arbeiten, je mehr sie angespannt sind. Dieses Fick'sche Moment kommt in Betracht für alle Muskelhypertrophien, besonders auch für das Herz. Es ist also nach Horvath die abnorme Ausdehnung des hypertrophirenden Herzens, welche die Muskelzunahme zu Stande bringt. Dasselbe gilt für den hypertrophirenden, schwangeren Uterus, für die hypertrophirende Blase des Prostatikers, für den hypertrophirenden Darm des Patienten mit Darmstrictur. Ein wichtiges Kapitel ist die Besprechung der Ermüdung und Unermüdlichkeit der Muskeln. In interessanter Auseinandersetzung weist er nach, dass diejenigen Muskeln, welche sich constant rythmisch zusammenziehen anscheinend unermüdlich sind. Andere Muskeln, welche nur hie und da eine energische Contraction ausführen und sonst ruhig bleiben, ermüden leicht. Darin liegt das ganze Geheimniss der Muskelarbeit und der Gymnastik. Durch fleissige Gymnastik werden die Muskeln immer näher an die Unermüdlichkeit geführt, ihre absolute Kraft für e i n e Leistung dagegen wird kaum wesentlich vermehrt. Daher kommt es wohl, dass, wie wir es im Leben häufig sehen, ein Faulenzer in einmaliger Kraftleistung einen wohlgeübten Gymnastiker übertreffen kann. F. S c h w y z e r.

Die Krankheiten des Herzens und ihre Behandlung, von O. Rosenbach. (Urban und Schwarzenberg, 1897.)

Der Verfasser versucht von der bisherigen Eintheilung der Herzkrankheiten nach starren, pathologisch anatomischen Typen abzuwei-

chen und classificirt nicht auf Grund der geweblichen Störungen, sondern von dem Gesichtspunkte des Betriebes aus. Er unterscheidet Störungen der Regulation und Störungen der Energie. (Insufficienz.) Als Ideal der Herzdiagnostik stellt er hin die Bilanz der Energetik frühzeitig zu ziehen und sie direct zur Grundlage der Prophylaxis und Therapie zu machen. Dies Bestreben ist entschieden anerkennenswerth und jeder Practiker wird sich freuen, wenn er seine Herzkranken nicht mehr in diese scharfen Gruppen zu rubriciren braucht, sondern gelehrt wird die verschiedenen Symptome in eine Formel einzusetzen und daraus eine absolute Zahl zu bekommen, welche Therapie und Prognose ausdrückt. Leider ist Rosenbach noch nicht so weit, jedoch ist sein Buch sehr lesenswerth. F. Schwyzer.

Sémiologie du coeur. Traité dé Pathologie générale publié par Ch. Bouchard. Tome 4, Paris, 1897. G. Mason Editeur.

Eine recht angenehme Lectüre ist dieses französische Buch über Herzkrankheiten, und besonders lehrreich als Ergänzung des vorhin besprochenen Buches von Rosenthal. Die französische Medicin differirt in manchen Puncten von der deutschen. Der Autor scheint ein guter Physiker zu sein und behandelt die Herzkrankheiten besonders gut von ihren physicalischen Seiten aus. Die Litteratur ist gut verwerthet und, obschon die französische bedeutend in den Vordergrund tritt, so muss doch zugegeben werden, dass der deutschen und auch der englischen eine gute Stelle eingeräumt wird. Wie die französische Sprache hat auch die französische Wissenschaft eine auffallende Klarheit und manche Capitel dieses Buches könnte man namhaften deutschen Autoren als Muster von Uebersichtlichkeit vorlegen. So ist z. B. das Capitel über den Herzshok vorzüglich beschrieben, mit mehr Genauigkeit als gewöhnlich in deutschen Büchern. Auch die Herzpercussion ist vorzüglich abgehandelt. Der Sphygmographie legt Verfasser etwas mehr Gewicht bei als Rosenthal. F. Schwyzer.

Lehrbuch der Pharmacotherapie von Staatsrath Professor Dr. Rudolf Kobert, Director der Brehmer'schen Cur- und Heilanstalt für Lungenkranke zu Görbersdorf, früher Director des pharmacologischen Institutes zu Dorpat. Stuttgart. Verlag von Ferdinand Enke, 1897. Pr. $4.50.

„Die heutige Medicin steht unter dem Zeichen der Therapie, die Zeiten des Nihilismus sind vorüber", sagte von Leyden in seiner Eröffnungsrede des letzten Congresses für innere Medicin in Berlin und demselben Gedanken gibt der Autor Ausdruck, wenn er an die Spitze seines Werkes das Wort Behring's setzt: „Wenn ich die Zeichen der Zeit richtig deute, so beginnt man in den Aerztekreisen jetzt doch mehr und mehr die Aufgabe des Mediciners darin zu sehen, dass er dem Kranken Nutzen bringt und weniger darin, dass von ihm über das Mittel oder die Krankheit klug gesprochen wird." Ein gutes Buch über Pharmacotherapie ist deshalb ein unentbehrlicher Theil der Bibliothek des Arztes und wohl eines der besten, die in der neueren Zeit erschienen sind, ist das vor uns liegende. Originelle Schreibweise, Klarheit

der Darstellung, ein unvergleichliches Geschick, überall neben dem wissenschaftlichen Interesse auch die practischen Gesichtspuncte hervorzuheben, machen das Buch ungemein anziehend und man kann wirklich irgend eine der ca. 700 Seiten aufschlagen, so wird man den einmal aufgegriffenen Gedanken verfolgen bis zu seinem Ende. Chemie und Physik, Physiologie, Pathologie, Bacteriologie, alle Disciplinen werden am entsprechenden Orte herbeigezogen, um uns das Wie und Warum der Wirkungsweise der verschiedenen Heilmethoden und Heilmittel zu erklären. Sehen wir z. B., wie der Autor die Abführmittel behandelt. Nachdem er die Definition eingeleitet hat: „die Abführmittel sollen ohne Magenbelästigung mühe- und schmerzlose, nicht zu selten erfolgende Entleerung des Darmtracts per anum bewirken", gibt er uns einige historische Bemerkungen und erklärt die Etymologie und Bedeutung der verschiedenen lateinischen und griechischen, den Gegenstand berührenden Fachausdrücke. Nachher erörterte er die anatomischen und physiologischen Bedingungen, welche einem n o r m a l e n Stuhlgang zu Grunde liegen, bespricht die chemischen und bacteriologischen Vorgänge im Darmtract und gelangt nun zu einer klinischen Besprechung der Aetiologie der Verstopfung. Nun werden Wirkungsweise und Nebenwirkungen der Abführmittel im allgemeinen analysirt und genau angegeben, welche Anforderungen bei der Untersuchung eines Präparates erfüllt sein müssen, bevor wir berechtigt sind, es in diese therapeutische Gruppe einzureihen. Bevor er noch auf die Besprechung der einzelnen Abführmittel eingeht, werden die Indicationen und Contraindicationen zur Anwendung besprochen und in dieser erschöpfenden Weise werden alle die verschiedenen Arzneimittelgruppen durchgenommen. Stets ist es der practische Arzt und Lehrer, der zum practischen Arzte spricht. Das Buch steht ganz auf der Höhe der Zeit, die neuesten Mittel des Arzneischatzes sind berücksichtigt, die Serum- und Organotherapie etc. nach den modernsten Ideen entwickelt. Das Buch entspricht in vollkommener Weise dem vom Verfasser sich gestellten Ziel, dem Arzte und dem älteren Studirenden der Medicin ein Werk über Arzneimittel in die Hand zu geben, welches die für ihn in Betracht kommenden realen Gesichtspuncte scharf hervorkehrt.

M i c h e l.

Diagnostik der Krankheiten des Nervensystems. Eine Anleitung zur Untersuchung Nervenkranker von Prof. Dr. A. Goldscheider, dirig. Arzt am städtischen Krankenhaus Moabit zu Berlin. Zweite, vollständig umgearbeitete und wesentlich vermehrte Auflage. Berlin N.W. 6. Fischer's Medicin. Buchhandlung. H. Kornfeld, 1897. Pr. 7 Mk.

Wie in dem Kobert'schen Lehrbuch, so fühlt man auch in diesem Werke den Lehrer heraus, der sich der Bedürfnisse des Lernenden sehr wohl bewusst ist. Das Buch hält die Mitte zwischen einem ausführlicheren Lehrbuch und einem gewöhnlichen Compendium. In den zwei ersten Capiteln wird der Leser in die schulgemässe und methodische Krankenuntersuchung und Symptomatologie der Nervenkrankheiten eingeführt, während der Electrodiagnostik und der Untersuchung der

Sprache die zwei folgenden Capitel gewidmet sind. Die topische Diagnostik nimmt den fünften Abschnitt ein, und besonders hier wird das Verständniss des Textes durch Abbildungen unterstützt, welche den Werken von Edinger, Obersteiner, Erb u. A. entnommen sind. Das letzte Capitel beschäftigt sich mit der Diagnostik der einzelnen Krankheiten. Das Buch ist ein trefflicher und vollständiger Rathgeber für die Krankenuntersuchung und wird keinen enttäuschen, der es in die Hand nimmt. Michel.

Die bösartigen Geschwülste des Kehlkopfes und ihre Radicalbehandlung von Dr. Johann Sendziak aus Warschau. Wiesbaden. Verlag von J. F. Bergmann, 1897.

Der Verfasser hat bereits für sein ausgezeichnetes Werk Anerkennung gefunden, indem die Medicinische Gesellschaft von Toulouse dasselbe mit einem Preise krönte. Die Litteratur über diese trostlose Krankheit wurde gründlich abgesucht, und so theilt der Autor dem Leser nicht nur seine persönlichen Anschauungen, sondern auch diejenigen der bekanntesten Autoritäten mit. Unter dem Titel der bösartigen Geschwülste beschreibt er zwei Geschwulstformen, das Carcinom und das Sarcom. Er geht in die Geschichte, die Aetiologie, pathologische Anatomie, Symptomatologie, Diagnostik, Prognose und Therapie derselben des genauesten ein. Er glaubt nicht an die Irritationstheorie als ein aetiologisches Moment und ebensowenig hält er die infectiöse Natur der betreffenden Geschwülste für sicher gestellt. Immerhin erwähnt er einen Fall, wo bei dem Bruder eines an ulcerirendem Carcinom des Larynx leidenden Individuums sich nach dem Gebrauch derselben Utensilien, resp. Berührung des Halses mit denselben, sich bösartige Geschwülste am Zungengrunde und an der Epiglottis entwickelten. Der microscopische Befund darf nicht immer als absolutes Criterium gelten, und vielfache Irrthümer sind vorgekommen, indem man sich zu ausschliesslich auf dieses Hülfsmittel verliess. Die Differentialdiagnose wird sehr sorgfältig abgehandelt. Verschiedene Operationsmethoden werden in dem Capitel über die Therapie angeführt und der Verlauf und Ausgang zahlreicher Fälle ist mit statistischen Tafeln angegeben, welche der Publication einen besonderen Werth verleihen. Wenn wir in Betracht ziehen, dass der Verfasser uns in den 224 Seiten die Anschauungen und Erfahrungen von nicht weniger als 677 Autoren und Practikern wiedergibt, die er um ihre Meinung ersuchte, so können wir daraus schliessen, dass das Werk den jetzigen Stand des vorliegenden Themas in erschöpfender Weise behandelt.

Lederman.

SITZUNGSBERICHTE.

Deutsche Medicinische Gesellschaft in New York.

17 West 43. Strasse.—Sitzung vom 3. Mai 1897.

Präsident: Dr. W. Freudenthal.

Secretär Dr. John A. Beuermann verliest das Protokoll der letzten Sitzung, welches genehmigt wird.

Derselbe verliest sodann das Protokoll der Verwaltungsrathssitzung vom 9. April, welches gleichfalls genehmigt wird.

Präs. Dr. W. Freudenthal: Im Anschluss hieran möchte ich mittheilen, dass ich Dr. H. J. Boldt zum Mitglied des Unterstützungscommittees ernannt habe.

Wir schreiten nunmehr zur Tagesordnung.

1. VORSTELLUNG VON PATIENTEN UND DEMONSTRATION VON PRAEPARATEN.

a) Dr. Carl Beck: FALL VON ANEURYSMA POPLITEUM.

(Der Fall wurde in extenso in No. 6 dieser Zeischrift veröffentlicht.)

Dr. Carl Beck (Patienten vorstellend): Dieser 40-jährige Patient erkrankte Anfang vorigen Jahres unter heftigen Schmerzen in der Gegend des Nabels und der rechten Darmbeingrube, Brechreiz und Fieber und soll 14 Tage herumgegangen sein, ohne einen Arzt zu consultiren. Er wurde dann in septischem Zustand im St. Mark's Hospital aufgenommen. Daselbst wurde ein frequenter kleiner Puls, hohe Temperatur und eine Dämpfung in der rechten Darmbeingrube constatirt. Die Diagnose lautete auf Appendicitisperforation. Bei der alsbald vorgenommenen Operation ergab sich partielle Gangrän des Coecum. Eiter übelriechend. Der Appendix wurde damals nicht gefunden. Nach der Operation erholte sich der Patient etwas, verfiel aber bald wieder in einen somnolenten Zustand. Die Temperatur schwankte beständig, und der Puls war zwischen 120 und 150. Wiederholt mussten Abscesse in der Nachbarschaft zwischen den Därmen eröffnet werden, wonach vorübergehende Besserung eintrat, die dann immer wieder einer alsbaldigen Verschlechterung wich, so dass wir zuletzt den Patienten aufgaben. Noch einen letzten Versuch wollte ich in der Aethernarcose wagen. Nachdem ich den oberen Wundrand freigelgt hatte, stiess ich auf einen Abscess, der bis zur Leber hinaufreichte und dessen Anwesenheit keineswegs von mir vermuthet worden war. Nach Spaltung desselben besserte sich Patient so ausserordentlich rasch, dass ich am 20. März zum Verschluss des ganz enormen Darmectropions schreiten konnte. Anpassung der Ränder: Lembert-Czerny'schen fortlaufende Naht. Nach mehrtägiger sorgfältiger Vorbereitung und sehr ausgedehnter prophylactischer Tamponade des zu- und abführenden Darmtheils löste ich den Darm von seinen Verwachsungen ausreichend los, was namentlich nach hinten mit grossen Schwierigkeiten verknüpft war. In der letzten Zeit sind mehrere Veröffentlichungen über die Schwierigkeiten, derartige Darmöffnungen zu schliessen gemacht worden. Ich verweise namentlich auf eine interessante Mittheilung unseres Mitgliedes Dr. Kammerer. Von verschiedenen Seiten werden wiederholte operative Eingriffe als rationell vorgeschlagen. Immerhin versuchte ich den Verschluss in einer Sitzung, und wie Sie sehen, mit Erfolg. Welchem Umstand das besonders zuzuschreiben ist, kann ich nicht genau bestimmen. Jedenfalls hat die sehr ausgedehnte und genaue Loslösung des überall verwachsenen Darms damit zu thun, ferner eine sehr exacte Vereinigung der zurecht geschnittenen Wundränder, und eine minutiös angelegte Naht. Der

Patient hatte von dem Tag an, wo diese erste Operation wegen sog. Appendicitis gemacht worden war, immer Stuhlgang durch seine widernatürliche Oeffnung. Nach Operation erfolgte Stuhlgang per rectum. Es fanden sich zehn Tage nach der Operation einmal vorübergehend Faeces in der Wunde. Am nächsten Tage aber war dauernder Verschluss eingetreten. Dieses Phänomen lässt sich wohl dadurch erklären, dass Patient zu stark gepresst hatte. Die Hautbildung über den Defect ist noch nicht völlig vollendet; Sie können sich aber überzeugen, dass dieselbe keine besondere chirurgische Berücksichtigung mehr verdient. Jedenfalls sind seit sieben Wochen keine Faeces mehr durch dise äussere Wunde hindurchgegangen. (Demonstration).

Es hat sich bei dieser Gelegenheit ein für mich interessanter Befund herausgestellt. Nachdem mir die Loslösung des Darms gelungen war, entdeckte ich einen vollständig unversehrten Appendix, welcher ganz leicht hinten an das Peritoneum angelötet war. Es kann also unmöglich eine Perforation stattgefunden haben. Es scheint sich also diesmal um eine wirkliche, scheinbar aus der Mode gekommene, Typhilitis gehandelt zu haben.

Discussion.

Dr. F. Kammerer: Ich möchte nur sagen, dass wir Herrn Dr. Beck zu seinem günstigen Erfolg in diesem Fall gratuliren können. Es ist allerdings mit sehr grossen Schwierigkeiten verknüpft, wie ich mich ziemlich häufig überzeugt habe, nach derartigen entzündlichen Processen, die zu ausgiebigen Adhäsionen führen, den Darm zu lösen und ihn wieder zu vereinigen. Es gehören diese Operationen zu den schwierigsten und den zeitraubendsten, die wir Chirurgen bekommen.

c) Dr. F. Kammerer (Patientin vorstellend): Der Fall, den ich Ihnen vorzustellen habe, bietet von klinischer Seite ziemliches Interesse. Diese Dame kam zum ersten Mal im Juli, 1895, in meine Behandlung und gab mir damals die Geschichte einer seit zwei Jahren bestehenden Nierenkolik an, und die Diagnose auf Nierenstein war auch schon von competenter Seite gemacht worden. Sie war damals recht heruntergekommen. Ein Tumor auf der rechten Seite, der Niere entsprechend, war deutlich zu palpiren; dabei entleerte die Patientin viel eitrigen Urin. Ich schritt daher wegen des bestehenden Fiebers sofort zur Nephrotomie und legte die Niere frei. Ich machte den convexen Schnitt und fand eine grosse Ausdehnung des Nierenbeckens besonders in den oberen Theilen, und diesen Stein, dessen Trümmer ich Ihnen hier zeige, der im Nierenbecken lag und sich nach vielen Richtungen in die Nierenkelche verzweigte. Die Niere wurde dann tamponirt, und es ging vier Wochen lang gut; aber dann, wie wir es so häufig in diesen Fällen sehen, verkleinert sich die Wunde, zieht sich zusammen, und die Drainage ist nicht eine genügende und Patienten fangen an wieder zu fiebern und man ist gezwungen nochmals einzugreifen. So war es auch hier der Fall. Ich musste nach zwei Monaten von neuem zur Operation schreiten. Ich legte die Niere wieder frei und fand sie in einem derartigen Zustand, dass ich sie entfernen musste. Die Patientin überstand die Operation sehr gut und genas. Es fanden sich bei der Untersuchung mehrere Abscesse in der Niere, fünf oder sechs, und das ganze Nierenbecken war eben in einem Zu-

stand der Entartung. Die Patientin fühlte sich nach diesem Eingriff recht wohl, nahm an Gewicht zu, bis zu 30 Pfund, gebrauchte Mineralwasser und war bis zum Februar dieses Jahres ganz gesund. Sie machte auch eine Cur in Wildungen durch. Im Februar dieses Jahres wurde ich wieder zu der Patientin gerufen, da sie angeblich eine Attake auf der linken Seite hatte. Sie hatte seit einigen Wochen Schmerzen, die vor einigen Tagen sehr heftig geworden waren. Es ging sehr wenig Urin ab. Die Patientin hatte immer Uebelsein, und besonders war die Nierengegend auf Druck recht schmerzhaft. Ich rieth ihr deswegen an, sich zur Beobachtung ins Hospital zu begeben, was sie auch bereitwillig that. Am 22. Februar, Morgens 5 Uhr, wurde der letzte Urin gelassen. Die Patientin bekam dann vollständige Anurie, die ich 30 Stunden beobachtete. Dann sah ich mich genöthigt einzugreifen. Ich machte auf der linken Seite wieder den Lendenschnitt, legte die Niere frei, hatte aber ziemliche Schwierigkeit, da die Niere durch Stagnation des Urins, aber auch zugleich durch compensatorische Hypertrophie recht vergrössert war, an das Nierenbecken zu kommen. Nachdem ich dasselbe freigelegt hatte, sah ich dann den ziemlich erweiterten Ureter von der Niere abgehen, über welchen herüber pulsirende Gefässe liefen. Ich zog es deshalb vor, den Ureter durch einen Längsschnitt ungefähr einen Zoll von seiner Einmündungsstelle in das Becken zu eröffnen, worauf sich sofort eitriger Urin ergoss. Nun konnte ich mit dem Finger in diese Stelle hinein und gegen das Becken vor, fühlte aber da keinen Stein. Nach unten fand ich jedoch in einer Entfernung von 2½ Zoll einen Stein im Ureter stecken. Alle Versuche, diesen Stein mit der Zange und sonstigen Instrumenten zu entfernen, waren vergeblich. Ich half mir dadurch, dass ich den Ureter aus seinem Fettgewebe stumpf herauspräparirte, was sehr leicht geht, wenn man es mit einem normalen Ureter zu thun hat. Ist der Ureter entzündet, so ist es eine Sache von grosser Mühe, wie ich mich in anderen Fällen überzeugt hatte. Diesmal gelang es gleich. Ich konnte leicht an den Stein kommen und konnte diesen kleinen Stein erreichen, ihn nach oben in die Oeffnung hineindrängen und entfernen. Nun war leicht zu constatiren, dass das Hinderniss verschwunden war und dass die Sonde vom Nierenbecken aus unbehindert in die Blase sich vorschieben liess.

Fünf Tage später — ich liess den Ureter offen — schloss ich die Wunde im Ureter, und jetzt hat sich diese Wunde ganz geschlossen. (Demonstration).

d) Dr. Joseph Fränkel: EIN UNGEWOEHNLICHER FALL VON ANEURYSMA DER BAUCH- UND BRUST-AORTA.

Herr Präsident, meine Herren! Das Präparat hat manche pathologisch-anatomische — wenigstens grob anatomische — Aehnlichkeit und vollständige klinische Verschiedenheit mit einem Präparate das ich vor einiger Zeit hier demonstrirte. Ueberdies sind heute die Aneurysmen auch sonst am Tapet und ist es mir allerdings bei einer cursorischen Durchsicht der Litteratur noch nicht gelungen einen Partner dieses Präparates zu finden.

Es entstammt einem 39-jährigen Tischler, der wegen eines obscuren Spinalleidens an das Montefiore Home zur Aufnahme überwiesen

wurde. Ich will mich kurz fassen und blos die Hauptpunkte des klinischen und anatomischen Befundes Ihnen vorführen. Eine sehr genaue anamnestische Prüfung ergab blos die Mittheilung von einer in früher Jugend erlittenen Dislocation des linken Hüftgelenkes, deren Reste bei der Untersuchung in einer mässig beschränkten Excursion dieses Gelenkes und einer Verkürzung des linken Beines nachzuweisen waren.

Gegenwärtige Erkrankung soll ohne eine dem Patienten bekannte Ursache vor 2 Jahren begonnen haben. Die Symptome entwickelten sich langsam, aus einer anfänglichen leichten allgemeinen Schwäche entwickelten sich heftige Schmerzen im unteren Theile des Rückens, in der Oberbauchgegend und ausstrahlende zu Zeiten sehr heftige Schmerzen in den Beinen. Blässe und Gewichtsverlust bis zu 32 Pfund traten später auf. „Magenkrämpfe" waren oft vorhanden und äusserst quälend. Zu einer Zeit wurde von berufener Seite auch der Verdacht auf „Magencarcinom" ausgesprochen.

Bei der Aufnahme klagte Patient nur über Schmerzen nach der Nahrungsaufnahme, Appetitlosigkeit und Verstopfung. Allgemeine Schwäche, Schmerzen im Kreuze und Beinen. Gestörten Schlaf und Impotenz.

Die Untersuchung ergab einen ziemlich herabgekommenen, sehr anämischen Patienten. Die Blässe hat einen deutlichen Stich ins grünliche und nicht die Spur von der schmutzig-faulen cachectischen bei Anämie. Die Haut ist bedeckt mit zerstreuten, kleinen, atrophischen Narben und zahlreichen Kratzeffecten. Auffallend ist der geringe Abstand vom Rippenbogen zur Crista ilei und die Vortreibung und Erweiterung der unteren Thoraxapertur. Fernerhin ist bei der Inspection folgendes Phänomen in die Augen springend. Der Herzspitzenstoss ist im sechsten I C-Raum zwei Finger ausser der Mammilla sichtbar und zwar ein — ich möchte sagen „Cheyne-Stoke'scher" Herzspitzenstoss. Ein überaus kräftiger, hebender Spitzenstoss klingt durch 4—5 schwächere Schläge zu einer kleinen Pause ab und dann beginnt das Spiel von neuem. Dieses Phänomen war deutlicher sichtbar als fühlbar, da die schwächeren Schläge kaum gefühlt wurden und die Pause dem Finger weniger auffallend war, als dem Auge. An der Wirbelsäule ist eine leichte Kyphose des unteren Dorsal- und Lordose des oberen Lumbalabschnittes wahrnehmbar. Betastung der Wirbelsäule ist schmerzhaft und vom neunten Dorsal- bis zum Lumbalwirbel sind die Dornfortsätze besonders auf seitlichen Druck empfindlich.

Patient steht sicher mit geschlossenen Augen, und am Gange ist die Breitspurigkeit auffallend. Am Nervensystem findet sich ausser einer leichten psychischen Apathie und einer Variabilität der Kniereflexe, das ist sehr leichte Erschöpfbarkeit und zeitweiliges, vollständiges Erlöschensein, weiter nichts bemerkenswerthes. Ob beide diese Symptome ausschliesslich durch die Anämie verursacht waren oder ob auch organische Veränderungen dafür verantwortlich waren, kann ich noch nicht entscheiden. Am Hirn fand sich eine leichte abgelaufene Leptomeningitis, ob am Rückenmark die spinalen Verände-

rungen der Anämien vorhanden, bin ich noch nicht in der Lage mit Bestimmtheit zu berichten.

Die Untersuchung des Thorax ergab an der Lunge die Zeichen eines mässigen Emphsems. Ueber der rechten Thoraxhälfte ist vorne leicht tympanitischer Schall bis zum unteren Rande der zweiten Rippe. Der dritte und vierte I C-Raum absolut gedämpft, diese untere Dämpfung ist begrenzt von mässig vollem Lungenschall nach unten und geht im sechsten I C-Raum in eine völlig frei bewegliche Leberdämpfung über. In der mittleren Axillarlinie mässiger Schachtelton bis zum oberen Rande der siebenten Rippe; die Dämpfung hier nicht deutlich verschieblich. Hinten annähernd normale Percussionsverhältnisse; es ist auffallend die geringe Lautheit des Schalles trotz der Dünnheit der Decken. Das Sternum ist ausgenommen den obersten und untersten Streifen absolut gedämpft. Auscultatorisch findet man sehr leise Athmungsgeräusche an der Spitze und Basis, an letzterer zeitweilig leichte Reibegeräusche. Ueber der Dämpfung nur zeitweilig laute Herztöne. Herzdämpfung reicht vom unteren Rande der vierten zum unteren der sechsten, R. und von der vorderen Axillar- zur rechten Sternallinie. Der Uebergang von der Herzdämpfung zur erwähnten Dämpfung rechts oben ist nicht unterbrochen durch einer Strecke hellen Schalles. Leber ist nicht nachweislich vergrössert. Bei der Percussion der Milz findet man eine unverschiebliche Dämpfung an der neunten Rippe, die sich bis zwei Handbreiten unter den Rippenbogen erstreckt. Diese Dämpfung ist gegen die Wirbelsäule durch einen deutlichen Streifen tympanitischen Schalls abgegrenzt. Bei der Palpation ist der Tumor deutlich respiratorisch verschieblich, fühlt sich etwas rauh an und ist sehr schmerzhaft.

Die Leistendrüsen, besonders die linken, stark vergrössert. Patient fieberte nicht. Der Puls war sehr weich, kaum fühlbar und rythmisch, und es war sehr auffallend wo der so stark sichtbare Herzimpuls auf dem Wege zu den Arterien verschwunden sein mag. Ueber beiden Carotiden zählte ich 104 Pulse, über der linken deutlich kleiner.

Ueber beiden Radiales und Crurales 96.

Blut zeigt eine mässige Leucocytose und viele eosinophile Zellen.

Harn war von wechselndem spec. Gewichte und zeigte an Tagen deutlichen Eiweiss- und Zuckergehalt und war an anderen frei von pathologischen Bestandtheilen. Patient litt die ganze Zeit an heftigen Schmerzen, die namentlich durch den fortschreitenden Zusammenbruch der Wirbelsäule bedingt waren. Der Tod trat durch Ruptur des Aneurysmas in die linke Pleuralhöhle ein.

Bei der Autopsie fand sich das Präparat, das Sie sehen. Aneurysma der abdominalen und thoracischen Aorta neben vielem anderen, dessen Mittheilung ich einer eventuellen ausführlichen Publication vorbehalte. Das Interessanteste im Momente ist allerdings die Duplicität des Aneurysmas, die die Diagnose äusserst erschwerte.

Dr. Louis Heitzmann: Meine Herren. Nach den Beschlüssen des Unterstützungsfonds der „D. M. G." ist das Committee angewiesen, in der Mai-Sitzung und in der Dezember-Sitzung einen Bericht zu erstatten. Wir hatten leider in Folge des Austritts unseres Vor-

sitzenden, Dr. Lange, seit zwei Monaten keine Sitzung mehr. Trotzdem möchte ich Ihnen heute Abend nach unseren Beschlüssen den Finanzbericht vorlesen.

Finanzbericht des ärztlichen Unterstützungsfonds der Deutschen Medicinischen Gesellschaft:

New York, den 3. Mai 1897.

Einnahmen:

In Kasse am 2. November 1896	$393.50
Von 14 Mitgliedern	113.00
Zusammen	$506.50

Ausgaben:

An A. M.	$64.00	
An O.	15.00	
An W. M.	5.00	
An H. M.	5.00	
Zusammen		89.00
Verbleiben in Kasse am 3. Mai 1897		$417.50

Dr. Louis Heitzmann,
Schatzmeister.

2. ABSTIMMUNG UEBER DIE CANDIDATEN.

Präs. Dr. W. Freudenthal: Die drei Candidaten: Dr. Adolf Rupp, Dr. Henry Levien und Dr. Martin Downey sind bei Abgabe von 38 Stimmen zu Mitgliedern erwählt worden. Ferner ist zum Mitgliede vorgeschlagen: Dr. Robert S. Freedman, 171 E. 75. St.

e)Dr. Carl Beck: Meine Herren. Ich will Ihre Aufmerksamkeit nur noch auf einige Minuten in Anspruch nehmen. Ich möchte Ihnen diese paar Gallensteine als ein Menetekel vorlegen. Ich entnahm dieselben, zwei grosse und einige ganz kleine Partikeln, vor wenigen Stunden einer 62-jährigen Dame, welche wiederholt an Gallensteincolik gelitten hatte und auch jedes Mal mehr oder minder icterisch gewesen war. Letzten Mittwoch erkrankte sie abermals unter schweren Erscheinungen und mit intensiven Schmerzen. Die Behandlung wurde von sehr tüchtigen Collegen nach allgemein üblichen Grundsätzen geleitet. Unter der Darreichung von Morphium liessen die Schmerzen etwas nach. Gestern Abend stellte sich leichter Icterus, heute früh hatte sie wieder die Schmerzen, mit erneuter Heftigkeit ein, so dass ihr zur Operation gerathen wurde. Ich sah die Patientin heute Nachmittag zwei Uhr zum ersten Mal und fand mit Ausnahme eines sehr leidenden Gesichtsausdrucks eigentlich einen objectiv normalen Zustand. Pat. hatte einen Puls von blos 80 und eine kaum über 98 gehende Temperatur. Der Leib war nicht aufgetrieben, und es liess sich nur Schmerzhaftigkeit, aber keine deutliche Resistenz in der Gallenblasengegend nachweisen. Ich rieth zur sofortigen Operation und nahm dieselbe heute Abend fünf Uhr vor. Als ich die Bauchhöhle öffnete, fand ich zunächst mehrere Esslöffel von übelriechendem Eiter, so dass ich erst hätte glauben können, die Gallenblase angeschnitten zu haben; wir überzeugten uns aber bald, dass die Gallenblase tief

unten lag. Der obere Leberrand war völlig mit grauen, fibrinösen Membranen bedeckt, und in der Nähe der Gallenblasengegend fand sich ein kleiner Abscess, den ich eröffnete und ausschabte. Als ich nachher die ziemlich grosse Gallenblase eröffnete, fanden sich in derselben ungefähr zwei Esslöffel voll übelriechenden Eiters und in der Tiefe diese beiden Steine.

Ich mache Sie auf diesen Fall aufmerksam, weil die klinischen Symptome durchaus nicht im Verhältniss zu dem pathologisch-anatomischen Befunde bei der Operation gestanden haben. Der Fall ist sehr früh operirt worden, und doch glaube ich, dass es schon zu spät war. Trotzdem alles gut gegangen ist, glaube ich nicht, dass die Patientin leben wird. Ich glaube, es liegt bereits Sepsis vor, und der wird sie wahrscheinlich erliegen. Es ist das ein weiterer Beweis, dass man bei Cholelithiasis nicht früh genug operiren kann.

3) Dr. Joseph Wiener, Jr.: UEBER DEN GEGENWAERTIGEN STAND DER GYNAEKOLOGIE IN EUROPA. Wurde in dieser Zeitschrift No. 7 veröffentlicht.

Discussion.

Dr. H. J. Boldt: Meine Herren. Ich glaube, wir haben alle mit grossem Interesse die Mittheilungen verfolgt, welche Dr. Wiener gemacht hat. Sie waren jedoch der Art, dass es, glaube ich, ein Ding der Unmöglichkeit ist, den Vortrag zu discutiren; denn eine Critik auszuüben an den verschiedenen Operationsmethoden oder diese oder jene gutzuheissen, das würde uns zu weit führen. Wir müssen uns damit begnügen, dass es allgemeine Mittheilungen waren, und diesel ben haben selbstverständlich unser Interesse erregt.

Wenn ich mir irgend eine Bemerkung erlauben dürfte, so möchte ich ein Paar Worte sagen bezüglich der Indication, wie sie augenblicklich in Berlin und verschiedenen Theilen Deutschlands von Operateuren geübt wird, bei einer Retroflexion oder Retroversio mobilis die Ventralfixation zu machen. Ich glaube, in diesem Punkte werden die Collegen in Europa dieselbe Ansicht bekommen, welche wir hier haben, dass die Indication nicht vorhanden ist. Wir sollten eine derartige Operation bei einem solchen pathologischen Zustand niemals vornehmen. Das ist die Ueberzeugung, welche wir im grossen und ganzen in Amerika bis jetzt gewonnen haben.

Ein anderer Punkt ist der folgende: Ich glaube doch, dass die Dresden-Leipziger Schule bald von dem Standpunkt abkommen wird, Seide bei der Operation zu gebrauchen, da wir ein so absolut desinficirendes Verfahren haben, um Catgut wirklich steril zu machen.

Bezüglich der einen Mittheilung, dass die Vaginaloperation bei Myom und eitriger Entzündung im Becken mehr und mehr um sich greift, möchte ich sagen, dass dies seine volle Berechtigung hat. Im grossen und ganzen ist der Unterschied zwischen Europa und Amerika offen gestanden gar keiner. Ich habe auch nicht einen einzigen Punkt herausfinden können, der verschieden wäre. Im grossen ganzen müssen wir ja zugeben, dass wir, was wissenschaftliche, bacteriologische und andere Forschungen betrifft, den Europäern sehr viel zu danken haben. Sie leisten auf dem Gebiete mehr als wir, und das ist ganz

selbstverständlich, wenn man die finanziellen Verhältnisse in Betracht zieht.

Dr. Joseph Wiener, Jr. (Schlusswort): Ich habe nur wenig hinzuzufügen. Die vielen kleineren gynäcologischen Eingriffe, die ja auch von grosser Bedeutung sind, die Vorbereitung zur Operation, die Indication zur Operation, die Nachbehandlung, habe ich hier kaum berühren können. Aber ich konnte mir nicht erlauben, Ihre Zeit heute Abend länger in Anspruch zu nehmen. In einer ausführlichen Schrift, die ich bearbeitet und nächstens in englischer Sprache zu veröffentlichen beabsichtige, habe ich den Versuch gemacht dieses alles besser auseinander zu setzen. Zum Schlusse möchte ich Ihnen nur meinen verbindlichsten Dank für ihre freundliche Aufmerksamkeit aussprechen.

4. Dr. E. W. Hoeber: BETRACHTUNGEN AUS DER CORONERS-OFFICE.

Wurde in dieser Zeitschrift veröffentlicht.

Discussion:

Dr. Willy Meyer: Meine Herren. Herrn Dr. Hoeber's Vortrag hier zu discutiren, ist eine Aufgabe, der ich mich nicht gewachsen fühle. Das Thema liegt mir auch zu fern. Wir alle wissen, dass Dr. Hoeber's Pfad namentlich zu Anfang seiner Laufbahn als Coroner nicht gerade mit Rosen bestreut war. Wir wissen aber auch, dass er durch Beharrlichkeit, Beständigkeit und Pflichterfüllung uns allen entschieden den herzlichsten Dank abgerungen hat für das, was er durchgefochten; und wenn es ihm gelungen ist, einen der bissigsten Advokaten hier durch sein richtiges Vorgehen zum Schweigen zu bringen, so ist das gewiss eine der vielen Erfolge, die Dr. Hoeber als Coroner sich erringen konnte. Coroner von New York zu sein, hat Dr. Hoeber eben gesagt, ist kein Vergnügen, und wenn er uns trotzdem ermuntert dafür zu wirken, dass nur Aerzte diese Stelle bekommen sollten, so müssen wir alle ihm Recht geben. Es kommt glücklicherweise nicht häufig vor, dass wir mit dem Coroner in Berührung kommen, und doch kann es irgend Einem von uns durch einen unglücklichen Zufall oder des Schicksal's Tücke tagtäglich so ergehen. Ich erinnere nur an die Möglichkeit des plötzlichen Todes während der Narcose. Dass wir uns da zunächst an den Coroner wenden würden, liegt auf der Hand, und wenn wir dann einen verständnissvollen Arzt zum Coroner haben, der die Schwierigkeit der Narcose und die Möglichkeit eines Zufalles voll versteht und nicht einen Laien, so muss das für uns ein grosser Vortheil sein. Ich bin im Lauf der Amtsführung des Coroner Hoeber ein einziges Mal technisch mit ihm in Berührung gekommen, das war bei Abgabe eines Testimoniums in Betreff des Unglücksfalles eines Knaben, der von der Treppe stürzte und einen Schädelbruch erlitt. Es wurde noch eine Operation versucht, um Alles gethan zu haben, der Knabe starb aber. Das einzige, das mich dabei verwunderte, war, dass ich erst ungefähr ein halbes Jahr nach diesem Vorfall citirt wurde, um mein Testimonium abzugeben, mit dem entschieden Niemandem etwas genützt werden konnte. Ich muss sagen, dass auch da Dr. Hoeber sich als College zeigte, indem er mir nicht zumuthete, in die Coroner's Office hinunter zu kommen, sondern mir freistellte, irgend eine Zeit zu wählen, um ihn in seinem Haus zu

besuchen. Dass mich dieses Entgegenkommen ausserordentlich angenehm berührte, ist natürlich. Den Vortrag weiter zu discutiren, liegt mir wie gesagt zu fern. Ich möchte zum Schluss nur betonen, dass wir Dr. Hoeber dankbar sein müssen, dass er einmal ein solches Thema vor unser Forum gebracht hat. (Beifall).

Dr. A. Rose: Ich freue mich, dass ich Gelegenheit habe, hier vor Ihnen allen, Herrn Dr. Hoeber für sein festes Vertrauen auf meine Ehrenhaftigkeit, das er bei einer gewissen Gelegenheit gezeigt hat, meinen innigsten Dank auszusprechen. Ich kam zweimal mit der Coroners-Office in eigenthümliche Berührung. Der eine Fall betraf eine Frau, die an einem Gehirnabscess im St. Franciscus Hospital, wo ich damals angestellt war, plötzlich starb. Ich hatte die Autopsie selber vorgenommen. Todtenschein mit genauer Angabe der Todesursache. Dann kamen Verwandte, oder Leute, die sich für die Verstorbene interessirten, und machten die Anzeige in der Coroners-Office, dass nicht ein Gehirnabscess, sondern eine Vergiftung die Todesursache gewesen. Im Coronersamt verweigerte man ein Einschreiten, weil kein Grund vorliege meinen Todtenschein, der Schein eines Arztes der in gutem Ruf stehe zu beanstanden, bis nicht geschworene Aussagen vorlägen.

Der zweite Fall betraf ein Mädchen, die an Perforation eines Magengeschwürs starb. Mein Todtenschein lautete dementsprechend. Die Erlaubniss zum Begräbniss war vom Board of Health ausgestellt. Darauf kommt irgend welche Person, ich weiss nicht wer es war, die irgend wo in Newark oder East New York wohnen sollte, und giebt in einer Polizeistation einem Sergeanten an, dass hier ein Verbrechen vorliege, und wie ich nachher erfahren, soll ich in schrecklichster Weise angeschuldigt gewesen sein. Es kamen wenigstens zwei oder drei Dutzend Reporters zu mir und freuten sich auf eine hässliche Sensationsgeschichte. Alle Zeitungen berichteten über den Fall, und zwar die „Staats-Zeitung" mit einer recht hässlichen Bemerkung. Die Sache wurde mir der Nachbarschaft wegen sehr unangenehm. Ich begab mich zum Board of Health und trug vor, dass hier gar kein Grund für einen Coroners-Inquest vorliege. Doch weder dorten noch beim Registrator des Bureau of Vital Statistics wollte oder konnte man den Inquest verhindern. Es war in Folge meiner vielen Versuche Hülfe zu bekommen recht spät geworden, und so kam ich in der Nacht um zwei zu unserem Collegen Coroner Hoeber. Er kam mir mit der grössten Bereitwilligkeit und Freundlichkeit entgegen und ich erhielt den Eindruck, dass es ihm angenehm sei, einem Collegen nützlich sein zu können. Ich bekam ein Schreiben von ihm, dass die Beerdigung stattfinden sollte, wie wenn ein Coroners-Inquest stattgefunden habe. Indess das half nichts. Die Sache war schon in Händen einese anderen Coroners Namens Fitzpatrick oder Fitzgerald, wie schon der Name andeutet ein Tammany-Mann. Der nahm keine Rücksicht. Es wurde auf Autopsie bestanden. Ich war unter Arrest. Reporter waren da in grosser Zahl, und eine Menge Polizisten. Der Deputy-Coroner behandelte mich wie einen Verbrecher, und nachdem er sich überzeugt, dass meine Diagnose richtig gewesen, bemerkte er, dass es ihn freue, mich kennen gelernt zu haben. (Grosse Heiterkeit).

Dr. B. S. Talmey: Zur Illustrirung dessen, wie nöthig es ist,

dass der Coroner ein Arzt sein sollte, kann ich auch etwas berichten. Es passirte mir im Jahre 1894, als Dr. Hoeber noch nicht lange Coroner war und alle Zeitungen gegen ihn loszogen, dass ich zu einer Negerin gerufen wurde. Ich stellte die Diagnose Meningitis. Da die Leute sehr arm waren und nicht bezahlen konnten und ich ihr doch nicht helfen konnte, so verschrieb ich etwas für den Schmerz und sagte den Leuten sie sollten mich täglich wissen lassen, wie es gehe; ich wollte nicht jeden Tag hingehen. Nach zwei Tagen hat man nach mir wieder geschickt, ich ging wieder hin, gebrauchte aber die Vorsicht, da die Frau seit einem halben Jahre gehustet hatte, das Sputum mitzunehmen und in Heitzmann's Laboratorium, wo ich damals gearbeitet habe, zu untersuchen. Da fand ich, dass sehr viele Influenza-Bacillen im Sputum vorhanden waren. Es wurde mir nachher von der Kranken nichts mehr mitgetheilt, so dass ich dachte, sie hätten einen anderen Arzt genommen. Nach vier Tagen aber kam der Mann zu mir und verlangte, ich sollte einen Todtenschein ausstellen, die Frau sei gestorben. Das verweigerte ich, und der Fall ging an den Coroner. Am nächsten Tage kam Dr. Hoeber zu mir und sagte, er wolle den Mann verhaften, obgleich sie bei der Autopsie wirklich Meningitis gefunden hatten, weil von der Schwester dieser Frau Anzeige gemacht worden war, der Mann hätte sie geschlagen, und dadurch könnte sie Meningitis bekommen haben. Ich theilte Dr. Hoeber mit, dass ich damals das Sputum untersucht und Influenza-Bacillen gefunden hätte, und da wissenschaftlich nachgewiesen worden sei, dass nach Influenza Meningitis eintreten könne, so sei die Entstehung einer natürlichen Ursache zuzuschreiben. Ich wüsste daher nicht, wie man dieseem Mann hätte beikommen können. Daraufhin hat Coroner Hoeber damals die Verhaftung unterlassen. Nun denken Sie sich, wenn der Coroner kein Arzt, sondern ein Laie gewesen wäre, dann hätte meine Erklärung absolut nichts genützt. Der Mann wäre verhaftet worden und hätte längere Zeit, da er arm war und keine Bürgschaft stellen konnte, im Gefängniss sitzen müssen. Das beweist, wie nöthig es ist, dass der Coroner ein Arzt sein sollte, der medicinische Kenntniss genug besitzt auf solche Erklärung einzugehen und der sie begreifen kann. (Bravo).

Dr. H. J. Boldt: Ich möchte mir erlauben, den Collegen wenigstens einen praktischen Wink zu geben, im Fall dass sie einmal in eine ähnliche unangenehme Lage kommen sollten wie ich. Vor etwa 14 oder 15 Jahren hatte ich das Missgeschick. eine Patientin etwa zwei Wochen nach der Entbindung an Sepsis zu verlieren, die von einer Blasenentzündung ausging, die sich hinauf bis in die Nieren streckte. Der Fall war mir in verschiedener Hinsicht sehr interessant, und ich ersuchte um eine Section, welche mir auch bereitwilligst gewährt wurde. Zur festgesetzten Zeit machte aber der Mann der Verstorbenen allerhand ausflüchtige Bemerkungen und ersuchte mich ihm doch den Todtenschein zu geben. Darauf wurde der Kerl fürchterlich maliciös und behauptete, ich hätte seine Frau getödtet. Was sollte ich unter solchen Umständen machen. Ich ging persönlich nach der Sanitätsbehörde und sagte den Leuten Bescheid, dass ich den Todtenschein für die Person gegeben hätte und dass die Beschuldigung erhoben würde, dass die Betreffende nicht auf gewöhnlichem Weg ihr Ende

gefunden, und ich möchte den Fall dem Coroner überweisen. Die Leute wollten sich nicht darauf einlassen, da der Todtenschein ausgestellt und keine Klage eingelaufen sei. Kurz und gut, ich benachrichtigte meinen damaligen Freund, Coroner Messemer, und die Section wurde angeordnet. Jetzt kommt das Komische. Der Mann bat fussfällig auf den Knieen, man sollte ihm das doch ersparen. Ich sagte zum Coroner Messemer: all right, let autopsy alone, if everything is made satisfactory. Der Mann gab eine beschworene Aussage dem Coroner gegenüber, welche er unterzeichnete, dass er alles zurücknehme, was er gesagt hätte, und dass er fest davon überzeugt sei, dass seine Frau eines natürlichen Todes gestorben wäre u. s. w. Ungefähr zwei bis drei Wochen später sah ich in der Abendzeitung einen Artikel: Body Exhumed. Dr. Boldt was the attending physician, found such and such a condition in the bladder. Ich will die Geschichte kurz machen. Es wurde ein Stückchen Jodoform gefunden und natürlich die Mucosa der Blase war vollständig abwesend. Das war der interessante Theil der Erkrankung. Die Sache hat mich ungefähr $500 für den Advokaten gekostet, weil ich mich damit zufrieden gegeben habe, dass ich dem Mann wegen seiner orthodoxen Ansichten die Section ersparen wollte. Sollte jemals ein College in dieselbe Lage kommen, so sollte er das unter keinen Umständen thun, sondern immer auf der Section bestehen.

Dr. F. Kammerer: Ich möchte an den Coroner die Frage richten, ob wir bei Patienten, die binnen 24 Stunden nach ihrer Aufnahme im Hospital sterben und bei denen wir keine bestimmte Diagnose haben, verpflichtet sind, der Coroners-Office Anzeige zu machen.

Dr. E. W. Hoeber: In allen solchen Fällen genügt es einstweilen, wenn Sie den Todtenschein mit Beifügung aller Einzelheiten selbst an den Board of Health einschicken, der damit zufrieden sein wird, wenn er Sie als respectablen Arzt kennt. Wenn er nicht damit zufrieden ist, so sendet er den Todtenschein an mich mit dem Auftrag die Sache weiter zu untersuchen.

Dr. F. Kammerer (fortfahrend): Ich frage deswegen, weil ich vor einigen Tagen eine Erfahrung gemacht habe, die ich ganz kurz mittheilen wollte. Es handelte sich um eine Patientin, die ins Deutsche Hospital gebracht wurde und längere Zeit, ich glaube zwei Wochen, an einer Stenose des Darms gelitten hatte. Als ich die Patientin sah, war sie fast moribund, ich entschloss mich aber doch, da die Zeichen einer inneren Obstruction ganz unzweifelhaft waren, den Versuch zu machen, die Patientin zu retten, und machte die Enterostomie. Dabei fand ich, dass der Dünndarm ungemein ausgedehnt war und konnte ganz deutlich fühlen, dass in der Gegend der starkvergrösserten Gallenblase ein Tumor sass, der den Dünndarm comprimirte. Der Fall verlief nach einigen Stunden letal, und wir sahen uns veranlasst eine Mittheilung an die Coroners-Office zu machen. Herr Deputy Coroner, der sich zur Section einfand, war, wie es mir schien, wenig geneigt dieselbe im Hospital vorzunehmen. Er machte uns allerlei ungerechte Vorwürfe und liess zuletzt die Leiche fortschaffen, um dieselbe zu Hause zu seciren. Damit hatte die Angelegenheit jedoch noch nicht ihr Ende. In verschiedenen der Tageblätter, wie Sie wohl auch ge-

lesen haben, war über den Fall in ganz falscher Weise Bericht erstattet worden; es wurde sogar behauptet, dass der Eingriff ein ganz unnöthiger gewesen sei. Es ist immerhin zu bedauern, dass durch die Coroner-Office derartige falsche Berichte über eine bewährte Wohlthätigkeitsanstalt, wie das Deutsche Hospital, in die Zeitungen gelangen können. Ich möchte Herrn Dr. Hoeber, der, wie ich weiss, mit dieser Angelegenheit nichts zu thun hatte, fragen, ob es nicht einen Modus giebt, sich gegen etwas derartiges zu schützen.

Dr. W. K. Kubin: Vor ungefähr sechs Wochen wurde ich zu einer Patientin gerufen, bei der ein criminelle Abort von Seiten einer Hebamme eingeleitet worden war. Die Patientin hatte einen Puls von über 140, Temperatur über 104, Respiration ca. 50 .

Die Geburt des circa 10 Wochen alten Foetus war 18 Stunden vor meiner Ankunft erfolgt, während die Placenta noch im Uterus retinirt war. Einerseits war selbstverständlich bei dem Befinden der Patientin eine schleunige Ausräumung des Uterus geboten, andererseits hatte ich doch auch die Verpflichtung mich gesetzlich zu schützen. Nicht wissend, dass ich dem Coroner zuerst Mittheilung schuldig sei, machte ich eine Meldung an die Polizei, worauf ein Detectiv erschien und den Sachbestand aufnahm. Daraufhin ergriff ich chirurgische Massnahmen.

Während des nun stattfindenden Curettements erschien Herr Coroner Dr. Hoeber, welcher von Seiten der Polizei benachrichtigt worden war, und nahm seinerseits, nachdem Patientin aus der Narcose gekommen war, den Thatbestand auf.

Der weitere Verlauf war ein glatter, Patientin wurde am achten Tage aus der Behandlung geheilt entlassen. Auf vorheriges Ersuchen des Capitäns des respectiven Polizeireviers benachrichtigte ich denselben von der erfolgten Genesung, da er die gesetzlichen Schritte nach diesem Zeitpunkte ergreifen wollte.

Die Frau sollte sofort arretirt werden, doch wurde das auf Anordnung des Coroners unterlassen mit dem Bedeuten, dass ein sofortiges Vorgehen gegen die Patientin resp. die Inhaftnahme und Inhaftbehaltung für dieselbe von schlimmen sanitären Folgen begleitet sein könnte.

Man sieht aus dem Vorhergehenden wie wichtig es ist, dass der jeweilige Coroner zur selben Zeit Arzt ist, um das respective Befinden von Patienten beurtheilen zu können, und dieselben vor gesetzlichen Massnahmen zu bewahren, welche zu unrechter Zeit angewendet, den Patienten Schaden bringen könnten.

Dr. J. Fraenkel: Ich glaube, wir sollten Herrn Dr. Hoeber unseren Dank aussprechen dafür, dass er uns Gelegenheit gegeben, auf einem Gebiete unsere Gedanken auszutauschen, auf dem wir uns oft in Verlegenheit finden und keine Hülfe wissen auf dem medicinisch-legalen Grenzgebiete. Schon aus diesen Ursachen allein würde die Nothwendigkeit fliessen, dass die Coroner Aerzte seien, und dass wir erwarten dürften, ein Corps von Coroner-Specialisten folgen zu sehen, das diesen Theil unserer Wissenschaft ebenso bearbeiten, wie die anderen Theile der rein medicinischen Fächer durch solche Arbeitstheilung und Erfahrung gefördert wurden.

Wie nothwendig es sei, einen Arzt mit den gesetzgebenden Körperschaften in Fühlung zu haben, möchte ich Ihnen an einigen Beispielen erläutern. Ich schliesse mich vollständig der Ansicht des Dr. Hoeber an, dass alle Vorfälle der Art, wie sie Dr. Hoeber erwähnt, möglichst wenig in den Zeitungen verbreitet werden. Dass die Art des Selbstmords, die Häufigkeit zu gewissen Zeiten gewiss abhängig ist von der Art der publicirten Selbstmorde in der Zeitung, ist längst bekannt. Es ist das eine Thatsache, die auf psychische Infection zurückzuführen ist, welche durch die Zeitungen unter die Leute getragen wird.

Wir alle können die Bedeutung der Prophylaxe für die Praxis und sind nach Thunlichkeit bestrebt sie zu üben, aber wo wir in dieser Beziehung des Gesetzes Hilfe bedürfen, fühlen wir die Mängel. So habe ich in den letzten 2 Jahren 22 Fälle von Bleilähmung nach Schnupftabaksgebrauch beobachtet und dieser Schnupftabak wurde in demselben Geschäfte von allen befallenen Individuen gekauft. Der Staatsanwalt hat die Sache zwar in die Hand genommen, aber es ist bis heute noch nicht gelungen die Quelle zu verschliessen.

Eine ähnliche Erfahrung, die ich kürzlich machte, ist die folgende: Ich bin Arzt im Montefiore Home und bekam da vor einiger Zeit ein Mädchen ins Haus, das an hysterischem Schluchzen und continuirlichem Erbrechen leidet. Das Mädchen hat, bevor sie ins Hospital kam, von irgend einem Arzt eine Lösung Morphin bekommen. Als sie ins Hospital kam, wurde sie ins Bett gebracht und ein bestimmter Behandlungsplan eingeleitet. Zufällig kam ich dahinter, dass die Patientin einen Vorrath von Morphin mit sich in die Anstalt brachte, und ausgiebigen Gebrauch davon machte. Im Lauf der Untersuchung fand ich ferner, dass sie in einer ganzen Reihe von Apotheken der Stadt auf dasselbe Recept hin immer wieder Morphin bekommen und selbst andere Leute geschickt hatte, ihr dasselbe einzukaufen. Ich wusste keinen legalen Weg, wie man dem Apotheker das verderbliche Handwerk legen könnte.

Eine weitere unangenehme Aufgabe prophylactischer Natur, die wir Aerzte haben, besonders die Neurologen, ist folgende: Nach Unfällen, Verletzungen u. s. w. sind wir oft zwei Consequenzen gegenübergestellt: den Folgen der mechanischen Gewalt rein chirurgischer Natur und den complicirten psychologisch bedingten Folgen, die wir in ihrer Gesammtheit traumatische Neurose nennen. Während wir für die ersteren wohlfundirte und erfolgreiche therapeutische Massregeln besitzen, sind wir bezüglich der Bekämpfung der letzteren zu einem Theile auch vom Gesetze abhängig. So befand ich mich kürzlich vor die Frage gestellt und sah ein, dass wenn die solchen Verletzungen folgenden gerichtlichen Verfahren nicht gekürzt werden, unsere therapeutischen Bemühungen zur Bekämpfung traumatischer Neurosen oft sehr peinlich und vergeblich sind. Die Patienten sind eben im Interesse ihrer Schadenersatzansprüche gezwungen, ihre Symptome bis über den Process zu nähren. Und wenn es eben 2—3 Jahre nimmt bis solche Processe erledigt sind, so hat sich eine schwer ausrottbare krankhafte Gewohnheit herausgebildet. Wenn nun Aerzte ihre Stimme in den gesetzgebenden Körperschaften durch ärztliche Vertreter erheben wer-

den, so dürfen wir hoffen in solchen Zuständen besser Abhülfe zu erlangen.

Dr. E. W. Hoeber (Schlusswort): Ich wundere mich, dass keiner von Ihnen über die Frage gesprochen, die jahraus jahrein hier in New York so viel besprochen wird und die kürzlich erst auch in der Academy of Medicine erörtert wurde, die auch einen Protest gegen das Coroners-System und einen Antrag auf Abschaffung des Coroners und Einführung des Massachusetts-Systems durchsetzte. Ich bin fest überzeugt, dass von den Herren, die dafür stimmten, keine fünf wussten was sie thaten. Ich hätte erwartet, dass der eine oder andere hier ein Wort über das System geäussert hätte, über das ich einige Andeutungen machte in der Erwartung, dass manche Einwendungen machen würden.

Als ich versprochen hatte, einige Worte über meine Beobachtungen hier zu sagen, gab einer der Collegen mir den guten Rath, nichts zu meiner Vertheidigung zu sagen. Ich glaube, ich habe den Rath um so leichter befolgen können, als ich nichts zu vertheidigen habe; wohl aber hat die Coroners-Office sich zu vertheidigen gegen die fortwährenden Angriffe, die man gegen sie erhebt und die auf Vorurtheil beruhen, auf Wiederholung dessen, was seit Jahren in den Zeitungen über den Coroner veröffentlicht wird, und wenn Dr. Kammerer sich wundert, dass der einfache Vorfall im Deutschen Hospital falsch berichtet wurde, so braucht er nur drei Monate Coroner zu sein, dann wird er sich nicht mehr wundern, dass irgend etwas falsch berichtet wird. Ich hätte noch den ersten Fall zu sehen, der wirklich thatsächlich berichtet worden wäre. In diesem Fall des Dr. Kammerer zeigte mir Dr. W. 365 Gallensteine von allen Grössen, die er der betr. Gallenblase entnommen haben wollte. Da ich nicht dabei war, wie er sie heraus nahm, so kann ich darüber nichts weiter sagen, als dass er mir sie gezeigt hat. Wenn Dr. Kammerer mich fragt, wie man sich gegen jemand schützen kann, der ein Ruffian ist, so ist das sehr schwer zu sagen.

Wenn Dr. Willy Meyer sich wundert, dass er in einem gegebenen Fall erst ein halbes Jahr später gerufen wurde, so möchte ich darüber folgendes sagen: Es giebt eine grosse Zahl Fälle, die Eile haben. Fälle, in denen ich mich beeile, sind solche, wo ein Mensch eingesteckt ist, dessen Befreiung auf Erledigung der Sache beruht. Ich habe schon extra Inquest-Tage ausser den regelmässigen Tagen abgehalten, nur um einen Menschen nicht eine Stunde länger der Freiheit beraubt zu halten als nöthig ist. In Fällen wie diesen, habe ich ausgefunden, dass es rücksichtsvoller für die Familie ist, wenn man einige Zeit darüber hingehen lässt, ehe man sie nach der Coroners-Office ruft, um alle Details mitzutheilen. Ich glaube, Dr. Meyer wird da mit mir übereinstimmen.

Wenn Dr. Talmey meint, Dr. Hoeber habe den betr. Mann verhaften wollen, so irrt er. Das Gesetz sagt, wenn jemand zu uns kommt und eine Klage gegen jemand erhebt, so muss eine Untersuchung stattfinden. Wenn also eine Verwandte in die Office kommt und sagt, die Frau ist nicht an Meningitis, sondern an traumatischer Meningitis gestorben, die sie dadurch bekommen, dass der Mann sie schlug, so

ist die nothwendige Folge, dass wir den Mann verhören müssen, und da die wenigsten Menschen unter solchen Umständen freiwillig kommen und das Gesetz uns ausdrücklich vorschreibt, dass wir sie verhaften müssen, so ist die natürliche Folge die Anklage. Wenn die Anklage falsch ist, so wird sich das sehr bald herausstellen, und es steht dem Betreffenden eine Klage auf Civilentschädigung zu.

Zu dem Fall, der vor Kurzem vorkam mit der Hebamme, möchte ich noch einiges sagen. In diesem Falle war die Polizei sofort benachrichtigt worden. Es wurde ein Detectiv in das Haus geschickt mit der Absicht, sie ins Hospital zu schicken, bis sie im Stande sein würde vor Gericht zu erscheinen.

Sie würde am nächsten Tage verhaftet worden sein, wenn ich es nicht verboten hätte. Die Frau wurde eine Woche lang nicht verhaftet. Nach einer Woche kam der Polizist jeden Tag und fragte: Was sollen wir mit der Frau thun? Die Frau hat nach dem Gesetz gerade so gut Unrecht wie die Hebamme. Sie hatte zugegeben, dass die Hebamme die Operation nach ihrem Wunsch gemacht hatte, und hatte keine Idee davon gehabt, dass das ungesetzlich sei. Nun, das kommt jeden Tag vor, und wenn man all die Leute verhaften wollte, so hätten sie, wie der District-Attorney sagte, mehr zu thun, als sie je bewältigen könnten. In diesem Fall habe ich nicht nur die Verhaftung der Frau verhütet, sondern ich habe auch mit dem District-Attorney die Sache besprochen, und er fragte mich, was ich glaubte, dass er thun sollte. Das ist eine delikate Frage, für die ich mich vor zwei Jahren in der County Medical Society habe auslachen lassen müssen, als ich den Rath gab, erst abzuwarten, ob Gefahr da sei, und erst dann in gefährlichen Fällen den Coroner oder der Polizei Mittheilung zu machen. Ich wurde höhnisch ausgelacht, mit dem Resultat, dass zwei Monate nachher in den Verhandlungen der County Medical Society der Bericht ihres Advokaten vorkommt, dem dieselbe Frage vorgelegt wurde und der ihnen denselben Rath gab wie ich, aber wahrscheinlich ohne ausgelacht worden zu sein. Es ist einfach so, dass man mit Gewissen und Gesetz oft ein Compromiss machen muss.

Dr. F. Kammerer: Ich möchte in Bezug auf meinen Fall noch erwähnen, dass wir bei der Operation die Gegenwart von Gallenstein wohl bemerkt haben. Dass in diesem Fall eine Occlusion des Darmes die Ursache war, dass die Gallensteine vielleicht im Zusammenhang mit dieser Erscheinung stand, will ich nicht bestreiten; dass aber eine Obstruction vorlag, die das ganze Bild beherrschte, unterliegt absolut keinem Zweifel.

Was meine Frage an Dr. Hoeber betrifft, so hat er mich, glaube ich, missverstanden. Sie war nicht, wie ich mich gegen die Ungeschliffenheit schützen könnte, sondern die, ob man es überhaupt vermeiden könnte, dass falsche Berichte in die Zeitung kommen, die doch einem Institut wie dem Deutschen Hospital nicht nützlich sind.

Dr. E. W. Hoeber: Wenn ich das könnte, so hätte ich es gewiss für mich selber gethan.

Schluss und Vertagung.

EDITORIELLES.

Klinische Mittheilungen über das neue Tuberculin TR.

Wenn auch das letzte Wort bei der Beurtheilung des Werthes einer Heilmethode stets der praktische Arzt sprechen wird, so ist derselbe doch in seinen Erwägungen für und wider ein neues Mittel von den Mittheilungen grösserer Kliniken und Anstalten abhängig, wo sich allein aus einer längeren Beobachtungsreihe störende Fehler ausschliessen lassen. So werden gegenwärtig die Mittheilungen über das neue Tuberculin mit Spannung entgegengenommen, obschon selbstverständlich die Zeit zu einem abschliessenden Urtheil noch viel zu kurz ist.

In der Deutschen Med. Wochenschr., No. 28, 8. Juli, berichtet Dr. Bussenius über 19 Patienten aus der Klinik für Hals- und Nasenkrankheiten der Königlichen Charité in Berlin, welche mit dem neuen Tuberculin behandelt wurden. Von diesen litten an: Lupus 4, Kehlkopftuberculose 12, Lungentuberculose allein 2, asthmatischen Anfällen 1. Nur vier Fälle verliefen nach dem Koch'schen Ideale ohne erhebliche locale oder allgemeine Reaction. Während nach Koch die Temperatursteigerung nicht mehr als ½ Grad nach der Injection betragen sollte, kamen Steigerungen vor bis 2,7 Grad Celsius. Als am 18. Juni von dem unter dem 11. Juni ausgegebenen Präparat gespritzt wurde, traten bei fünf von sechs Kranken, die über 1 ccm. Originalflüssigkeit injicirt erhalten hatten, unter Schüttelfrost Temperatursteigerungen bis 40,7, in einem Falle sogar bis 41,3 ein. Instructiv ist der Fall einer Lupuskranken, welcher gewissermassen zur Controlle der Virulenz des am 11. Juni verausgabten Präparates 2 ccm. injicirt wurden. Dieselbe Patientin hatte 14 Tage vorher ihre Cur vollendet und als letzte Dosis 4 ccm. von dem im Mai ausgegebenen Tuberculin reactionslos vertragen und ebenso einer Reactionsprüfung von 150 mg. alten Koch'schen Tuberculins ohne das geringste allgemeine oder örtliche Symptom Stand gehalten. Und nun reagirte sie auf 2 ccm. TR nicht nur mit Schüttelfrost und schweren Allgemeinerscheinungen, sondern es trat auch am Lupusherd eine ausserordentliche Localreaction auf. Nachdem nach 24 Stunden die stürmischen Erscheinungen vorüber waren und Pat. sich ganz wohl fühlte, spritzte man nur die Hälfte der vorigen Dosis ein, also 1 ccm. Wieder trat sowohl örtliche

wie allgemeine Reaction ein. Bussenius findet es deshalb zeitgemäss, uns ins Gedächtniss zu rufen, dass bei jeder Injectionsmasse das Ausgabedatum berücksichtigt werden muss. Mit anderen dürren Worten heisst das, dass wir uns gefasst darauf machen müssen, mit jedem anderen Datum ein Präparat von verschiedener Virulenz, also verschiedener Wirkung zu erhalten. Die allgemeinen Erscheinungen, welche die Temperaturerhöhung begleiteten, bestanden in nervösen Beschwerden, Kopfschmerzen, Mattigkeit, Herzklopfen etc. In Bezug auf die örtlichen Reactionen theilt Bussenius mit, dass bei 334 Injectionen kein einziger Abscess vorgekommen ist, und dass bacteriologische Proben die Impfflüssigkeit stets frei von Eitererregern gefunden haben. Hingegen entwickelten sich bei 10 von 19 Kranken schmerzhafte Infiltrationen an der Injectionsstelle. Ueber die Wirkung der Cur auf tuberculöse Lungenherde fühlt sich B. noch zu keinem Urtheil berechtigt, hingegen sah er bei einem mit Lues complicirten Spitzencatarrh Husten und Bacillenbefund im Sputum verschwinden. Bei Larynx- und Pharynxtuberculose sah er im Verlauf der Cur eher Neigung zur Abschwellung, entschiedene Besserung war hingegen in mehreren Fällen von Hauttuberculose zu constatiren.

In derselben Nummer spricht Prof. Dr. S c h u l t z e in Bonn über 9 Fälle, die an der Universitätsklinik der TR-behandlung unterworfen wurden. Bei 4 Fällen trat keine Aenderung des Befindens ein, bei zwei wurde die Cur unterbrochen, in einem Falle wegen Auftreten einer wahrscheinlich tuberculösen Kehlkopferkrankung, im anderen wegen Diarrhöen, wahrscheinlich ebenfalls auf tuberculöser Basis. Bei den letzten drei ambulant behandelten Fällen trat eine Besserung ein. Beunruhigende Allgemeinerscheinungen sah Prof. Schultze nicht.

In der Münchner Medicin. Wochenschr. No. 29, 20. Juli, macht Dr. med. G. S c h r ö d e r, zweiter Arzt der Heilanstalt für Lungenkranke zu Hohenhonnef am Rhein Mittheilungen über das neue Tuberculin. Vorerst bestätigt er die von d e N e n c k i, d e M a c z e w s k i und d e L o g u c k i in der Presse médicale gemachten Angaben, dass zum Theil verunreinigtes, nicht aseptisches Tuberculin geliefert wird. Bei der bacteriologischen Untersuchung des Präparates fand er in zwei Fläschchen spärliche Tubercelbacillen, in allen zahlreiche Diplococcen (theilweise Kapselcoccen), etc., endlich in einem Präparat Streptococcen. Er billigt deshalb das Vorgehen der französi-

schen Academie der Medicin, welche die provisorische Erlaubniss des Verkaufs des Tuberculin R nur unter der Bedingung empfohlen hatte, dass das Präparat vollkommen aseptisch sei. Ebenso ungünstig lauten seine klinischen Beobachtungen, die sich allerdings nur auf drei Beobachtungsfälle beziehen, alle drei Lungenkranke. Bei jedem hatte die Tuberculinbehandlung eine Verschlimmerung des Zustandes zur Folge: zum Theil stürmische Reactionen, Gewichtsabnahme, Vermehrung des Auswurfes und der Bacillen, stark gestörtes Allgemeinbefinden.

Dr. Slawyk, Assistent der Kinderklinik des Charite-Krankenhauses in Berlin gelangt nach seiner Erfahrung mit zwei der Tuberculincur unterworfenen Kindern zu folgenden Schlussbemerkungen. Die beiden mit Tub. R. behandelten Kinder zeigen im Verlauf der Injectionen ganz erhebliche Verschiedenheiten. Der ältere, viel kräftigere Knabe ($8\frac{3}{4}$ Jahre) reagirt wiederholt in ganz enormer Weise auf die Einspritzungen, während das jüngere schwächere Kind (8 Jahre) dieselben anstandslos übersteht. Eine zuverlässige Gewöhnung an das Mittel durch aufsteigende Dosen ist nicht immer zu constatiren; bisweilen bedingt sogar die gleiche Menge Tuberculin erst bei der zweiten Einverleibung eine Reaction. Somit fehlt der sichere Maassstab für die Tuberculingiftfestigung des Organismus und bleiben unliebsame Ueberraschungen nicht erspart. Ueber den therapeutischen Werth des Mittels will er bei der Kürze der Zeit kein Urtheil fällen.

Gleich an die Ausführungen von Dr. Slawik schliesst die Deutsche Med. Wochenschr. No. 30, 22. Juli, zwei weitere Mittheilungen von Dr. Wörner, dirigirendem Arzt am städtischen Krankenhaus in Schwäbisch-Gmünd und Dr. L. Seeligmann, Frauenarzt in Hamburg. Der erstere räth, sehr langsam mit der Dosirung voranzuschreiten. Auch er hat einzelne stürmische Reactionen gesehen. Ueber die Erfolge bei Lungenkranken will er sich noch nicht aussprechen, hingegen hat er eine unverkennbare Besserung bei verschiedenen Formen von Hauttuberculose eintreten sehen. Dr. Seeligmann sah durch die Cur bei einer Frau mit Pyosalpinx tuberculosa dextra et sinistra, Endometritis und Lupus Nasi die vorher neben dem Uterus constatirten Tumoren fast völlig verschwinden, die gestörten Menstruationen wieder in normaler Weise eintreten und die Hauttuberculose bedeutend zurückgehen.

Die operative Behandlung der hochgradigen Kurzsichtigkeit.

„Physiologisch optisch ist ein myopisches Auge ein normales, welches eine ideale Convexlinse als integrirenden Bestandtheil mit sich herumträgt", sagt S t i l l i n g in seinen Grundzügen der Augenheilkunde. In der That kann sich ein Normalsichtiger den Zustand eines Myopen versinnlichen, indem er sich eine Convexlinse vorsetzt. Da wir nun aber in unserem Auge eine reelle Convexlinse besitzen, so können wir den Gedanken umkehren und einen Myopen dadurch in einen Normalsichtigen verwandeln, dass wir ihm seine Linse entfernen, vorausgesetzt, dass der Grad seiner Myopie der Brechkraft der Linse entspricht. Diese einfache Reflexion fand schon früher ihre practische Bestätigung bei staaroperirten myopischen Augen und thatsächlich wurde auch schon der Vorschlag gemacht, durch Entfernung der ungetrübten Linse einen hochgradig myopischen Zustand zu neutralisiren, allein zu einer legitimen Operation konnte sie immerhin erst in der antiseptischen Zeit werden.

Das Verdienst, die Operation wieder eingeführt zu haben, gebührt F u k a l a, welcher im Jahre 1889 in der Wiener medicinischen Gesellschaft zwei Myope vorstellte, die er erfolgreich operirt hatte und im Jahre 1890 trat er bereits mit 19 Fällen vor die Oeffentlichkeit*. Seit dieser Zeit ist die Operation an den verschiedensten Kliniken erprobt worden, wenn auch die Ansichten über die Frage noch nicht in allen Puncten ganz abgeklärt sind. In der Deutschen Medicinischen Wochenschrift tritt nun Prof. Dr. A. v. H i p p e l in einem längeren Artikel für die Operation in die Schranken, indem er als ausdrücklichen Zweck seiner Arbeit hinstellt, damit einen grösseren Aerztekreis für das neue Verfahren zu interessiren.

Hippel will zwei Formen der Kurzsichtigkeit scharf getrennt wissen. In der einen, als S c h u l- oder A r b e i t s m y o p i e allgemein bekannten Form, entsteht die Anomalie, wie er mit Stilling annimmt, durch ein abnormes Wachsthum des Bulbus unter dem Einfluss von Muskeldruck in der Periode der körperlichen Entwicklung. Hier erreicht die Kurzsichtigkeit in der Regel nur geringe bis mittlere Grade, bleibt stationär mit Erreichung der Pubertät und ist nicht complicirt durch

*) Operative Behandlung der höchstgradigen Myopie durch Aphakie. Von Dr. Fukala in Pilsen-Karlsbad. Gräfe's Archiv 36. Bd., 2. Abth.

Choroidal-, Retinal-, oder Glaskörpererkrankungen. Hygienische Vorschriften und Vorsetzen eines passenden Augenglases sind hier vollkommen ausreichend und Hippel schliesst deshalb diese Art Myopen zum voraus aus bei der Indicationsstellung der Entfernung der Linse.

Handelt es sich bei der besprochenen Form der Kurzsichtigkeit um eine mehr oder weniger lästige, aber doch im Ganzen relativ harmlose Refractionsanomalie, so stellt die zweite Form der Myopie eine schwere Krankheit der Augen dar, welche den damit Behafteten gerade wie der Verlust eines anderen wichtigen Gliedes zu einem Krüppel und erwerbsunfähigen Menschen macht. Unaufgeklärt in ihren Ursachen, erreicht hier die Kurzsichtigkeit schon frühzeitig so hohe Grade, dass die corrigirenden Gläser nicht ertragen werden. Dieselben verkleinern die Netzhautbilder sehr stark und haben zudem durch die prismatische Wirkung ihres Randes eine Verzerrung der Bilder zur Folge. Für das Sehen in die Nähe sind diese Patienten ebenso schlimm daran, wie für die Ferne. Der Fernpunkt der myopischen Augen von 15—20 Dioptrien, die hier in Betracht kommen, liegt in 7—5 cm. Zum binoculären Sehen auf diese Distanz ist ein grosser Convergenzaufwand nothwendig, welcher aber bald erlahmt und in Folge Uebermüdung zur Ablenkung eines Auges und Divergenzschielen führt. Infolge der physiologischen Association zwingt zudem die Convergenzanstrengung den Myopen zum Accomodiren. Die Accomodation ist aber für das sowieso auf die Nähe eingestellte Auge störend und der Patient soll zur Erhaltung möglichst deutlicher Bilder zugleich convergiren, ohne zu accomodiren. „So geräth er in einen höchst unbehaglichen Sehact durch das den natürlichen Verhältnissen widerstreitende Streben, die Accomodation zu entspannen, während er die Convergenz anstrengen muss.“ (Stilling).

Diesen beklagenswerthen Kranken, für die es bis vor Kurzem keine Therapie gab, leistet die neue Operation unschätzbare Dienste. Dass diese Fälle von excessiver Myopie in allen Schichten der Bevölkerung zahlreicher vorkommen, als man früher annahm, zeigt sich nach Hippel erst jetzt, nachdem die Kunde, dass diese Kurzsichtigkeit heilbar sei, von den erfolgreich Operirten in immer weitere Volksschichten getragen worden ist.

Die von Hippel angewandte Operationsmethode besteht in der Eröffnung der vorderen Linsencapsel mit einer Nadel,

welche man tief in die Linsensubstanz eindringen lässt, um eine gleichmässige Trübung derselben zu erzielen. An diese Voroperation schliesst sich im Durchschnitt nach 4—8 Tagen, zuweilen allerdings erst nach einigen Wochen, die Extraction der getrübten Linse durch einen linearen ca. 6 mm. langen Lanzenschnitt an der oberen Corneoscleralgrenze an. Die sofortige Erreichung einer klaren Pupille gelingt indessen niemals, da stets einige Linsenreste im Kapselsacke zurückbleiben. In vielen Fällen kann man die Entfernung derselben durch Resorption abwarten, oft hingegen kommt man in den Fall, zur Abkürzung der Behandlungsdauer die Reste durch einmalige oder wiederholte Punction der vorderen Kammer zu entleeren.

Fukala führte seine ersten Operationen nur an jungen Leuten aus, doch zeigte die spätere Erfahrung, dass der Heilungsverlauf bei älteren Individuen geradeso ungestört verläuft, wie bei jüngeren.

Betreffend der Indicationsstellung stellt sich Hippel auf den Boden, dass, so lange hochgradige Kurzsichtige noch corrigirende Brillen vertragen, mit welchen sie ein ihren individuellen Arbeitsbedürfnissen genügendes Sehvermögen besitzen, ein Grund zu operativem Eingreifen nicht gegeben sei. Ist dies nicht der Fall, dann räth er zur Operation, sofern eine Myopie von mindestens 12 Dioptrien besteht. Bei hochgradiger Kurzsichtigkeit beider Augen zieht er die doppelseitige Operation der einseitigen vor. Die ursprünglich geäusserten Bedenken, welche gegen die Operation bei vorhandenen entzündlichen Veränderungen der Choroidea erhoben wurden, sind durch die Erfahrung widerlegt worden, was umsomehr zu begrüssen ist, da dadurch die Verwendbarkeit der Operation eine ausserordentliche Einschränkung erfahren hätte. Wiesen doch von Hippel's 114 operirten Kranken nicht weniger als 46 ausgesprochene chorioiditische Veränderungen auf, während in den übrigen nur ein breiter Conus oder ein Staphiloma posticum mit diffuser Atrophie des Pigmentepithels im hinteren Augenabschnitt vorhanden war. Die durch die Operation erzielte Verbesserung der Sehschärfe ist stets eine sehr bedeutende. Dieselbe erklärt sich indessen nicht nur aus den veränderten optischen Verhältnissen, da sie oft erst nach Monaten ihren Höhepunct erreicht, sondern es muss durch die Operation daneben eine Verbesserung der Netzhautfunction her-

vorgerufen werden, über deren Wesen wir uns noch keine Rechenschaft geben können.

Die zwei hauptsächlich gegen die Operation ins Feld geführten Einwände sind einerseits die Gefahr des Eintrittes einer Netzhautablösung und andererseits der mit der Entfernung der Linse verbundene Verlust der Accomodation. Hippel sah in 2 von seinen Fällen Amotio retinae eintreten und zwar 5 Monate, beziehungsweise 3 Jahre nach der Operation. Da aber dieses mit Recht gefürchtete Ereigniss erfahrungsgemäss auch spontan in einer Anzahl excessiv myopischer Augen eintritt, so muss man sich hüten, dafür die Operation verantwortlich zu machen. Dies dürfte nach Hippel's Ansicht nur dann geschehen, wenn die Netzhautablösung in unmittelbarem Anschluss oder während der Heilperiode eintritt, was wohl in seltenen Fällen durch Glaskörperverlust oder Einklemmung von Glaskörper möglich ist. Was den Einwand des Verlustes der Accomodation anbelangt, welcher schon von Donders erhoben wurde, so fällt derselbe nicht ins Gewicht, sofern man wirklich nur hochgradig myopische Augen operirt. Hat Jemand seinen Fernpunct in einem Abstand von 5—10 cm., so kann er seine Accomodation doch zu nichts gebrauchen, im Gegentheil, dieselbe ist ihm eher lästig, da er in seinem natürlichen Bestreben nach Erreichung möglichst deutlicher Bilder die durch die aufgewandte Convergenz mit ausgelöste Accomodation entspannen muss. Zudem kann nach Hippel der aphakisch gemachte Myope feinere Naharbeit innerhalb verschiedener Abstände verrichten, was ihm seine ausserordentliche Uebung, in Zerstreuungskreisen zu sehen, ermöglicht.

Indem so Hippel, allerdings mit vernünftiger Einschränkund der Indicationsstellung, der Fukala'schen Operation warm das Wort redet, schliesst er mit der Hoffnung, es möge sich in immer weitern ärztlichen Kreisen die Ueberzeugung Bahn brechen, dass die operative Beseitigung der hochgradigen Myopie einen erfreulichen Fortschritt auf therapeutischem Gebiet darstelle, der von den dankbaren Kranken voll gewürdigt wird.

Therapeutische und klinische Notizen.

— In der Société de Thérapeutique in Paris (Sitzung vom April) sprach Legendre über die Behandlung der Uraemie. Er theilte die Mittel, welche gegen dieselbe angewandt werden können, in folgende Arten ein: 1) Diejenigen, welche bezwecken, die Bildung der Gifte zu hindern und sie zu zerstören (Milchdiät, Purgantien, grosse Lavements, Darmantisepsis, Abreibungen, Hydrotherapie, Einathmung von Sauerstoff oder comprimirter Luft, häufiger Gebrauch neutraler Salze und Einnahme einer gewissen Quantität Zucker.

2. Mittel, welche die Ausscheidung der Gifte beschleunigen (Diuretika, hypodermatische Injection künstlichen Serums, Drastica, Dampfbäder, zeitweise Gabe von Jaborandi und Pilocarpin).

3. Mittel, welche direct die Gifte aus dem Blute entfernen: Blutentziehung, intravenöse Injection von Serum, Venaesection mit sofort folgender Injection von Serum, Entgiftung des Blutes, welche in gleichzeitiger Injection von Serum und Aderlass von gleicher Menge besteht.

4. Mittel, welche gewisse Symptome zu bekämpfen vermögen: eklamptische Anfälle (Inhalation von Chloroform, Chloral, Bromlavements, Compression der Carotiden, heisse Bäder), Koma (Injection von Coffeïn und Aether, Sauerstoffeinathmungen), Dyspnoe (Amylnitrit, Jodaethyl, Morphiuminjectionen) und schliesslich Magen- und Darmerscheinungen (Eis, Selterswasser, kühler Champagner).

— Geburtsverlauf bei spinaler Lähmung. Amand Routh beschreibt den Geburtsverlauf bei einer Multipara, bei welcher während der Gravidität durch einen Unfall eine vollständige Paraplegie vom sechsten Rückenwirbel abwärts auftrat. Die Geburt erfolgte am 261sten Tage nach der letzten Menstruation, und zwar ohne jedes Schmerzgefühl. Die erste Geburtsperiode dauerte 10 Stunden, die zweite 2½ Stunden. Die Placenta folgte nach leichter Expression in weiteren fünf Minuten. Das bemerkenswerthe des Falles ist, dass, obwohl die Parturiens keinerlei Gefühl von der Entwicklung des Kindes hatte, der Verlauf der Geburt doch ein vollständig normaler war. Vom obstetrischen Standpunkt aus ist die Frage des die Geburt veranlassenden Momentes interessant. Die durch Mott angefertigten microscopischen Präparate ergaben, dass das Lendenmark, wenn auch an sich intact, vollständig von jeder Communication mit irgend einem Theil des Centralnervensystems oberhalb des sechsten Rückenwirbels abgeschnitten war. Die Einleitung der Geburt musste also entweder auf einer Reflexwirkung vom „Gebärcentrum" in dem Lendenmark oder auf biochemischen Veränderungen innerhalb des Organismus beruhen, vielleicht, wie Mott annimmt, in der Form einer Anhäufung der Kohlensäure im Blute gegen das Ende der Schwangerschaft. Routh schliesst, dass die erste Geburtsperiode rein automatisch, die zweite auf dem Reflexwege durch den Sympathicus ausgelöst wird. Die Annahme einer biochemischen Veranlassung wird weiter durch die Thatsache gestützt, dass, obwohl in dem vorliegenden Falle keine directe Verbindung zwischen Uterus und Mamma bestand, doch die Lactation eingeleitet wurde und in normaler Weise erfolgte. Sitzung der Obstetrical Society, London, ref. von M. med. Woch.

— H. Krüger berichtet in Nr. 58 der „Allgem. medic. Central-Ztg." 1896 über seine Erfolge mit Cuprum arsenicosum bei acuten infectiösen Magendaramcatarrhen kleiner Kinder, womit er bei Säuglingen selbst in verzweifelten Fällen ausgezeichnete Resultate erzielt hat. Er gibt dasselbe in folgender Form:

Cupr. arsenicos. 0.001—0.0015
Sacch. lact. 5.0

M. D. Divide in partes aequales Nr. 16 zuerst stündlich, bei Besserung 2—3 stündlich ein Pulver. (Med. Neuigk. Nr. 23, 1897.)

— Die von Snegirjeff eingeführte Methode der Blutstillung mittelst heissen Wasserdampfes wurde von Pitha in der Pawlik'schen gynäcologischen Klinik nachgeprüft. (Münch. med. Woch. Nr. 24). Die Methode ist besonders geeignet zur Blutstillung nach explorativer Ausschabung bei malignen Neubildungen des Corpus uteri, bei Aborten mit atonischen Nachblutungen und bei chronischer hämorrhagischer Endometritis. Die Technik ist bekannt; die Dauer betrug jedesmal 1 Minute. Als einzige unangenehme Nachwirkung der ohne Narcose ausgeführten Operation wurden Uteruscoliken beobachtet. Die vollständige Heilung dauerte etwa 4 Wochen. Von 46 Fällen betrafen 28 chronische Endometritis, die alle ohne Complication heilten. Von den 12 Fällen von Abort bekamen 2 Parametritis, die jedoch nur die Heilung um eine Woche verzögerte. Therap. Revue der Allg. Wr. med. Zitg.

— In einem Falle von Hämophilie gelang es Bienwald durch ein neues originelles Verfahren die Blutung zum Stillstand zu bringen. Ein zweijähriger hämophilischer Knabe hatte eine leichte Verletzung im Gesichte sich zugezogen. Bei der Wundreinigung bildeten sich fortwährend auf der ganzen Wunde kleine Blutstropfen; Tamponade mit Jodoformgaze, Collodiumwatteverband, Eisenchloridwatte, Compressivverband zeigten sich völlig nutzlos. Bienwald versuchte nun die Blutung zu stillen, indem er normales Blut auf die Wunde einrieb. Das fremde Blut war in wenigen Minuten geronnen und die Blutung stand von da ab vollkommen. Das geronnene Blut wirkte wie ein Tampon und lieferte möglicher Weise dem gerinnungsunfähigen Blute das hiezu nothwendige Ferment. (D. med. Wschr. 2.)

— In der „Soc. de biol." in Paris berichteten Gilbert und Carnot über die Behandlung von Blutungen mit Lebergewebe. Von dem häufigen Vorkommen von Epistaxis bei Lebererkrankungen ausgehend, finden sie einen Zusammenhang zwischen der gesunden Function der Leberzellen und der normalen Beschaffenheit der Gefässwände; sie verwendeten den Gewebssaft von normaler Leber mit promptem, leider nur vorübergehendem Erfolg bei einer sehr hartnäckigen Epistaxis. In 5 Fällen von tuberculöser Hämoptoë haben sie damit vollen Erfolg erzielt. — So wunderlich diese Mittheilung klingt, so ist doch im Anschlusse daran darauf hinzuweisen, dass nach den Arbeiten von Kockel und den umfangreichen Untersuchungen von Mafucci und Sibleo die Leberzellen einen zerstörenden Einfluss auf Tubercelbacillen ausüben, und dass die Leber die grösste Kraft besitzt, eine Tuberkelbacilleninfection zu hemmen; eine

Verwendung der Leber in der Organotherapie liegt somit nicht ausserhalb des Bereiches der wissenschaftlichen Zulässigkeit. Wien. med. Presse.

— Der „Progr. méd." empfiehlt frisch bereitete Jodtinctur als Mittel gegen Schnupfen. Man bringt ein halbgefülltes Fläschchen mit frisch bereiteter Jodtinctur an die Nase, wenn sich der Niesreiz geltend macht, und zieht die sich entwickelnden Joddämpfe so stark als möglich ein. Dadurch kehrt die Nasenschleimhaut zur Norm zurück. Es ist aber dazu frische Jodtinctur nöthig, weil in älterer Tinctur ein Theil des Jods in Jodsäure übergegangen ist und keine Joddämpfe frei werden.

— Ein ausgezeichnetes Mittel, oder, wie es in dem Berichte heisst, beinahe ein Specificum bei Epilepsie ist das von Bechterew angegebene Mittel (Adonis vernalis 2.0—3.75 auf 180.0 Colatur mit 7.5—11.25 Brom, täglich 4—8 Esslöffel). Die von Bechterew mit dem Mittel beabsichtigte Wirkung, „mit der Erhöhung des Blutdruckes die Gefässlumina zu verengern", scheint die epileptischen Anfälle in überraschender Weise zu beeinflussen. Die fast täglich sich einstellenden Anfälle wurden an Frequenz bedeutend geringer, in manchen Fällen blieben sie sogar Monate aus, so dass das Mittel für lange Zeit ausgesetzt werden konnte. Die Intensität derselben war entschieden eine schwächere. Zudem blieben die Kranken trotz langandauernden Gebrauches des Mittels von den lästigen Bromacnen und sonstigen Nebenwirkungen verschont. Gleich gute Erfolge erzielten auch A. Lui und Guicciardi. Ersterer konnte „theils Suspension, theils Minderung der Dauer und Intensität der Anfälle" beobachten, letzterer „Fehlen der Nebenwirkungen, geringeren Bromismus"; das Mittel kann ohne Nachtheil lange Zeit hindurch gegeben werden; es hat dieselben Indicationen wie Brom, verdient aber vor einfachen Bromalkalienlösungen den Vorzug, wenn eine allgemeine oder Herzschwäche zu heben ist." Nicht minder vorzügliche Dienste leistet dasselbe als Beruhigungsmittel, drei bis sechs Esslöffel im Tage, namentlich vor dem Schlafengehen verabreicht, bei allerlei mit motorischen Unruhen und Schlaflosigkeit einhergehenden Geistesstörungen, namentlich bei Paralytikern im Endstadium. (Jahresbericht der niederösterr. Landes-Irrenanstalten pro 1895—96.) Therap. Revue der Allg. Wr. med. Zitg.

— Dr. William Murrel empfiehlt folgendes Verfahren zur localen Behandlung der Gicht. Mit dieser Mixtur:

Rp. Kal. jodat. 10.0
solve in
Spirit. vini rectif. 172.0
adde
Linim. sapon.-ammoniat. 15.0
Ol. Cajeputi
Ol. Caryophyllorum aa 1.5
M. D. S. Aeusserlich

wird ein Läppchen getränkt, um den leidenden Theil gelegt, mit Protectiv bedeckt und mittelst einer Binde befestigt. So wird ein starker

Gegenreiz ausgeübt, unter dessen Einfluss die Entzündung in 12 bis 24 Stunden nachzulassen pflegt. Daneben empfiehlt sich manchmal die Darreichung von 2 Gramm Colchicumwein mit 0.5 g Jodkali dreimal täglich. In dieser starken Dosis wirkt der Colchicumwein als kräftiges Purgans, oft auch als Vomitiv; indessen die Gichtattaque wird prompt abgeschnitten. Besonders angezeigt ist diesee Therapie bei robusten, zu körperlicher Fülle neigenden Männern, deren Beruf eine Arbeitsunterbrechung schwer verträgt. Therap. Revue d. Allg. Wr. med. Ztg.

— Zur Behandlung der Hyperacidität des Magens sind die Bergmann'schen Magenkautabletten ein vorzügliches Unterstützungsmittel. Dieselben enthalten bekanntlich kleine Dosen von Magnesia ammonio-phosphorica und Magnesia usta nebst etwas Radix calami und Radix zingiberis. Der unter dem Einfluss dieser Tabletten abgesonderte stark alkalische Speichel ist in hervorragendem Maasse geeignet, die übermässige Säure des Magensaftes zu binden. Wagner-Zesberg hat von denselben die besten Erfolge gesehen. (Ther. Monatshefte 5, 1897).

— Ueber die Verwendbarkeit des reinen Harnstoffes als Diureticum berichtet C. Beckert nach Erfahrungen an der Klinik Pribram in Prag („Prager med. Woch.", 1897, Nr. 2—4). In 7 Fällen war der diuretische Effect gleich Null. Davon zeigten 5 Albuminurie. Bei 11 Fällen war eine mehr oder minder starke Steigerung der Diurese nachweisbar, und zwar bis zu 420 Prozent. Von den positiven Resultaten entfallen auf 6 Fälle von Peritonealaffectionen 4, auf 5 Herzfehler 2, auf 6 Lebererkrankungen 4. Die ausgiebigste Wirkung wurde bei Lebererkrankungen erzielt. B. gelangt zu dem Schluss, dass der per os gereichte Harnstoff unter Umständen stark diuretisch wirken könne, namentlich wenn abnorme Flüssigkeitsansammlungen im Körper vorhanden seien. Er scheint nur in der Niere seinen Angriffspunkt zu haben und setzt daher Intactheit der Nieren voraus. Bei langdauernder Anwendung scheint eine Gewöhnung einzutreten, und die Wirkung nach einiger Zeit nachzulassen. Unangenehme Nebenwirkungen hat B. (bei Tagesdosen bis zu 20 Grm.) niemals gesehen. In Uebereinstimmung mit Klemperer empfiehlt er also den Harnstoff in erster Linie bei Lebercirrhose, ferner hält er seine Anwendung bei Hydrops infolge tuberculöser Affectionen des Bauchfelles für aussichtsvoll. Wien. med. Presse.

— Im Congrès des Sociétés Savantes machte Combemale-Lille Mittheilungen über die Behandlung des Alcoholismus mit Strychnin, mit welchem er und eine Reihe anderer Aerzte sehr zufriedenstellende Resultat erreicht hatten. Er injicirte täglich ca. 14 Tage lang 2—5 mg. des Mittels. Das Strychnin verursacht eine Abneigung gegen den Alcohol, die sich bis zu einem eigentlichen Abscheu steigern kann. Immerhin ist nicht aus dem Auge zu verlieren, dass es nur sehr langsam durch Harn, Speichel und Galle ausgeschieden wird, und wir es deshalb nur bei relativ unversehrten Organen anwenden dürfen, um eine rasche und gefährliche Accumulation zu verhindern. Undurchgängigkeit von Leber und Nieren, Degeneration der nervösen Centren oder anderer wichtigen Organe bilden also eine Gegenindication für die Strychnintherapie.

— Die Operation der adenoiden Vegetationen im Nasenrachenraum räth Lange-Kopenhagen bei kleinen ungeberdigen Kindern sehr dringend unter Chloroformnarcose vorzunehmen (Ther. Monatshefte 6,97). Die Vortheile derselben sind mehrere. In erster Linie ist es möglich vor und nach der Operation eine genaue Exploration des Nasenrachenraumes vorzunehmen. Zweitens operirt man an dem chloroformirten Kinde ruhiger und damit radicaler. Unglücksfälle in der Narcose, wozu manche besonders das Aspiriren von Blut und Geschwulststücken zählen, sind dem Verfasser nie vorgekommen, ebensowenig wie den vielerfahrenen Hopmann und Thost. Münch. med. Woch.

— Sabouraud empfiehlt im „Concours méd." zur Behandlung der bacteriellen Calvities folgende zwei Formeln:

Rp.	Mercur. praecipit. flav.	3.0
	Ol. citri	gtt. XX
	Vaselini	60.0
	Mf. ungt.	
Rp.	Pilocarpini	4.0
	Chinini	4.0
	Sulfur. praecip.	10.0
	Bals. peruvian.	20.0
	Medull. ossium	100.0
	Mf. ungt.	

Nicht zu vergessen ist, dass die zweite Formel wegen dem Pilocarpini sehr theuer ist, also nur in einer beschränkten Anzahl von Fällen zur Verwendung kommen wird. Der Preis der vorgeschriebenen Pommade beträgt in Frankreich ca. 40 Francs.

— Bei der Behandlung der Sycosis der Oberlippe muss immer auf etwaige Erkrankungen der Nase Rücksicht genommen werden. Srebny-Warschau hat 4 Fälle von Sycosis beobachtet, die ihre Ursache in einer Eiterung an Knochentheilen der Nase hatte, und die durch entsprechende Behandlung dieses primären Leidens vollkommen geheilt wurden. In 2 Fällen handelte es sich um Eiterung resp. Necrose der Siebbeinzellen, in 2 um Necrose des Keilbeins. Münch. med. Woch.

— Die Florence'sche Spermareaction (Bildung von rhombischen Cristallen auf Zusatz einer jodreichen Jodkaliumlösung) ist, wie Fürbringer nachweist, auch bei vollständiger Azoospermie zu erhalten; nach Posner gibt auch das Prostatasecret eine deutliche Reaction, während nach Johnston aus einer Spermatocele keine Cristalle zu gewinnen waren. Posner schliesst aus diesen Befunden, dass die Anwesenheit der Samenfäden für die Reaction irrevelent sei, dass der Sitz des reagirenden Körpers im flüssigen Producte der Hoden und der accessorischen Drüsen (Prostata, Samenblasen) zu suchen sei, die Florence-Reaction gibt demnach ein Mittel, auch in Fällen von Azoospermie ein sonst nahezu unmögliches Urtheil über die Natur fraglicher Flecke zu geben. Wien. med. Presse, Nr. 30.

Kleine Mittheilungen.

— Eine Anzahl früherer Assistenten des Deutschen Hospitals haben sich zur Bildung einer „Alumni Association of the German Hospital" zusammengethan und die folgenden Beamten gewählt: William K. Kubin, Präsident; Franz Torek, Vicepräsident; Alexis V. Moschcowitz, Schatzmeister; Selian Neuhof, protocollirender Secretär; Gustav G. Fischlowitz, correspondirender Secretär. Die neue Vereinigung wird im April und November Versammlungen abhalten.

— Für die im October d. J. in Berlin zusammentretende Internationale Lepraconferenz gibt sich ein grosses Interesse kund, indem laut Deutsch. Med. Woch. jetzt schon die Arbeiten der eingeladenen Lepra-Autoren und Lepra-Aerzte zum Drucke eingehen und auch sonst zahlreiche Zusagen zur Theilnahme vorliegen. Zusammenstellungen der eingelaufenen Mittheilungen werden den Theilnehmern zu vertraulicher Kenntnissnahme vor Beginn der Versammlung zugestellt, um als Unterlage für die Verhandlungen zu dienen. Vorträge sind nicht in Aussicht genommen, sondern nur Discussionen über etwaige Beschlussfassungen und Demonstrationen.

— Nach officiellen Mittheilungen wurden in Djeddah vom 15.—20. Juni 14, vom 21.—27. Juni 13 Todesfälle an Pest festgestellt. Vom 5.—27. Juni sind im Ganzen 51 Todesfälle angezeigt worden. Neueren Nachrichten vom 5. und 8. Juli zufolge ist die Seuche nahezu erloschen, nachdem vom 28. Juni bis 4. Juli noch 6 Personen gestorben waren; unter den Pilgern auf Abu Saad und Vasta sind einzelne Erkrankungen vorgekommen. Im Lazareth von El Tor wurden ausser den 2 Fällen auf dem Schibbin noch eine weitere, tödtlich verlaufende Erkrankung unter den an Bord gebrachten Passagieren dieses Schiffes, sowie je 1 Fall auf den daselbst eingelaufenen Schiffen Galatea und Magnet und 2 Fälle auf dem Dampfer Rahmanieh festgestellt. Sämmtliche in Yambo versammelten rückkehrenden Pilger waren in El Tor eingetroffen, darunter 1300 mit der Bestimmung nach türkischen Häfen. Münch. Med. Woch.

— Trichinose. In Mocker bei Thorn, sowie in Thorn selbst erkrankten im Februar und März 1897 zahlreiche Personen, welche Schweinefleischwaaren aus einem Schlachtergeschäft in Mocker bezogen und genossen hatten; ausserdem ereignete sich 1 Einzelfall in Dresden, welcher auf den Genuss von Wurst gleicher Herkunft zurückzuführen war. Im Ganzen sind 74 Fälle bekannt geworden, darunter 55 in Mocker und 18 in Thorn, doch ist die Zahl der thatsächlich Erkrankten wahrscheinlich grösser gewesen. Gestorben ist ein Schlachterlehrling, der vermuthlich eine grössere Menge rohes Wurstfleisch zu sich genommen hatte und eine andere Person in Mocker. Von den 74 Erkrankungen waren 36 Einzelfälle und 38 Gruppenerkrankungen, davon 32 in 13 Familien und 6 in einer Thorner Speisewirthschaft. In den nach Feststellung der Krankheit ungesäumt beschlagnahmten Fleischvorräthen des betreffenden Schlachters wurden lebende Trichinen gefunden, ebenso in den Muskeln des verstorbenen Lehrlings. Der vorläufig seines Amtes enthobene Fleischbeschauer

und der Besitzer des Schlachtergeschäftes sind zur strafrechtlichen Verantwortung gezogen worden. Die von Seiten der Behörden angestellten Nachforschungen nach der Herkunft des (oder der) trichinösen Schweines haben zu keinem sicheren Ergebniss geführt; wahrscheinlich war dasselbe aus dem Kreise Briesen bezogen worden. Münch. Med. Woch.

— Die Verlagsfirma Lucas, Gräfe & Sillem in Hamburg beabsichtigt die Herausgabe einer Zeitschrift „Fortschritte auf dem Gebiete der Röntgenstrahlen," deren erste Nummer auf September in Aussicht gestellt wird. Als Redactoren werden Dr. med. G. Deycke und Dr. med. H. Albers-Schönberg in Hamburg zeichnen und eine ganze Anzahl deutscher Chirurgen, innerer Kliniker, Physiker und Techniker sind bereits als Mitarbeiter gewonnen.

— Im Inseratenblatt der Deutsch. Med. Wochenschrift finden wir folgende Bekanntmachung: „In der letzten Zeit sind häufig durch Privatärzte geisteskranke Personen der Charite mit ganz unzureichenden Bescheinigungen überwiesen worden, wodurch den Angehörigen der Kranken unangenehme Weiterungen, den Kranken selbst unnöthige Belästigungen erwachsen sind. Indem ich als Muster unter Nr. 1 ein unzureichendes und unter Nr. 2 ein kurz gefasstes, aber völlig ausreichendes Attest anschliesse, bemerke ich, dass, wenn auch in gedrängter Kürze, in dem Attest die Thatsachen angegeben werden müssen, auf die der Arzt seine Diagnose auf Geisteskrankheit gründet.

1) Unzureichendes Attest als Beispiel: Herr N. N. ist geisteskrank und bedarf der sofortigen Aufnahme in die Abtheilung für Geisteskranke der Königlichen Charité. Berlin. Datum. Gezeichnet von zwei Aerzten.

2) Kurz gefasstes, aber völlig ausreichendes Attest: Frau N. N. leidet an religiösem Wahnsinn. Ich finde sie im Bett sitzend, vollständig entkleidet, vor sich eine mit Wasser gefüllte Schüssel. Singend besprengt sie sich mit dem Wasser, durch welches sie geweiht wird u. a. m. Die Aufnahme ins Krankenhaus ist dringend erforderlich. Berlin. Datum. Gez. von zwei Aerzten.

Der Polizei-Präsident: I. V. Friedheim.

— Das Dispensirrecht der Homöopathen. In der Sitzung der Aerztekammer Westphalens am 30. April stand auf der Tagesordnung unter anderem das Dispensirrecht der Homöopathen zur Discussion. Veranlassung zu der Verhandlung gab eine Eingabe des Olpener kreisärztlichen Vereins, in der die Aerztekammer ersucht wird, für Aufhebung dieses Dispensirrechtes einzutreten und ein dementsprechendes Gesuch an die königliche Staatsregierung zu richten. Die Bitte wird damit begründet, dass das Dispensirrecht einmal eine Ungerechtigkeit gegenüber den nicht auf dem Boden der Homöopathie stehenden Aerzten darstelle und zweitens das Interesse der übrigen Aerzte, namentlich des platten Landes, aufs empfindlichste schädige, da die Homöopathen gerade dieses Recht der Clientel gegenüber hervorheben, um sich vor jenen Vortheile zu ver-

schaffen und grösseres Vertrauen bei den Laien zu erwecken. Der Referent Frey schliesst sich im Allgemeinen der Darlegung des Olpener Vereines an. Er kann keine gewichtigen Gründe für dieses Sonderrecht der Homöopathen finden. Die angeführten Gründe z. B. der Unvollständigkeit der Landespharmacopoe in Bezug auf die homöopathischen Arzneistoffe oder die Nothwendigkeit des unmittelbaren Bezuges derselben, sind hinfällig; es erscheint nothwendig, die Homöopathen genau wie die allgemeinen Aerzte zu verpflichten, ihre Arzneimittel aus den Apotheken zu beziehen. Ausserdem werde die Dispensirfreiheit vielfach zu den unlautersten Mitteln aller Art benutzt und das Publicum dadurch auf das empfindlichste geschädigt. Auf Antrag des Referenten beschliesst die Aerztekammer, den Ausschuss zu ersuchen, das Dispensirrecht der Homöopathen auf seine und auf die Tagesordnung aller preussischen Aerztekammern zu setzen. Wir stehen diesem Beschluss völlig sympathisch gegenüber. Es ist dringend zu wünschen, dass die Aerztekammern gegen das veraltete und heutzutage völlig unbegründete Vorrecht dieser medicinischen Secte Front machen und gegenüber den anmassenden Forderungen der Homöopathen, wie sie in den letzten Verhandlungen des preussischen Abgeordnetenhauses (siehe D. med. Wochenschrift, S. 351) zum Ausdruck gekommen sind, die wahre Bedeutung der Homöopathie vom Standpunct der Wissenschaft und des öffentlichen Sanitätswesens wieder einmal in die rechte Beleuchtung stellen. Deutsche Med. Wochenschrift, S. 407.

— Aerztliches Berufsgeheimniss. Die „Gazette hebdom." berichtet über zwei interessante Rechtsfälle, welche der ärztlichen Gesellschaft in Nantes zur Begutachtung vorliegen. Im ersten Falle handelte es sich um eine Amme, welche durch ein syphilitisches Kind inficirt worden war. Erst nach erfolgter Ansteckung erfuhr die Mutter von der Krankheit ihres Kindes durch den Arzt, den sie nunmehr beauftragte, beide Patienten zu behandeln. Die Amme wurde vor ihrer Genesung entlassen und verlangte, da man ihr eine Entschädigung für die weiteren Behandlungskosten verweigerte, vom Arzte ein Zeugniss, dass sie durch das Kind erkrankt sei, und es handelte sich nun darum, ob die Ausstellung dieses Zeugnisses in Rücksicht auf das ärztliche Berufsgeheimniss gestattet sei, was die Gesellschaft ebenso wie die folgende Frage bejaht. Diese lautete dahin, ob ein Arzt dem Dienstgeber einer ihm zur Untersuchung überwiesenen tuberculösen Magd auf die Frage, ob dieselbe die Gesundheit ihrer Hausgenossen gefährde, mittheilen dürfe, dass sie an Tuberculose leide.

— Frequenz der Schweizer medicinischen Facultäten. Winter-Semester 1896—97: Basel 167 männliche, 1 weibliche, Bern 171 m., 43 w., Genf 190 m., 68 w., Lausanne 94 m., 29 w., Zürich 226 m., 96 w. In Summa 1085 Studirende, 848 m., 237 w., darunter 623 (607 + 16) Schweizer. Sommersemester 1897: Basel 150 männliche, 2 weibliche, Bern 151 m., 44 w., Genf 177 m., 71 w., Lausane 88 m., 24 w., Zürich 215 m., 102 w. In Summa 1024 Studirende, 781 m., 243 w., davon 595 (576 + 19) Schweizer.

— Wohnungswechsel: Dr. E. Cherury, nach 165 East 75. Str.

Eingesandte Bücher.

Durch die Verlagsbuchhandlung Gustav G. Stechert in New York sind uns zugegeangen:

Lehrbuch der Allgemeinen Therapie und der Therapeutischen Methodik, herausgegeben von Prof. Dr. A. Eulenburg in Berlin und Prof. Dr. Samuel in Königsberg. 1.—4. Lieferung (@ 50cts). Wien und Leipzig, Urban und Schwarzenberg, 1897.

Lehmann's Medicinische Handatlanten. Bd. 15. Interne Medicin und klinische Diagnostik von Dr. Chr. Jakob. Pr. $3.50. München, 1897. Verlag von I. F. Lehmann.

Lehrbuch der speciellen Chirurgie, von Prof. Dr. E. Albert in Wien. Fünfte, umgearbeitete Auflage des Lehrbuches der Chirurgie und Operationslehre. Erster Band. Die Krankheiten des Kopfes, Halses, der Wirbelsäule, der Brust und der Arme. Pr. $4.65. Wien und Leipzig, Urban und Schwarzenberg, 1897.

Grundzüge der Augenheilkunde, von Dr. J. Stillung in Strassburg. Pr. $3.25. Wien und Leipzig, Urban und Schwarzenberg, 1897.

Lehrbuch der Toxicologie, von Prof. Dr. L. Lewin in Berlin. Zweite, vollständig neubearbeitete Auflage. Pr. $3.25. Wien und Leipzig, Urban und Schwarzenberg, 1897.

Fortschritte der Hydrotherapie. Festschrift zum 40-jährigen Doctorjubiläum des Prof. Dr. W. Winternitz, herausgegeben von Dr. A. Strasser und D. B. Buxbaum. Pr. $2.65.

Pathologie und Therapie der männlichen Impotenz, von Dr. Victor G. Vecki v. Gyurkovenchky. Zweite, vollständig umgearbeitete Auflage. Pr. $1.65. Wien und Leipzig, Urban und Schwarzenberg, 1897.

Cystitis und Urininfection. Klinische, experimentelle und bacteriologische Studien von Dr. med. Max Melchior, Privatdocent an der Universität in Kopenhagen. Berlin 1897, Verlag von S. Karger.

Geschäftliche Zuschriften, Geldsendungen. Bestellungen, u. s. w., sind zu richten an : Medical Monthly Publishing Co., 17-27 Vandewater Street, New York.

Manuscripte, Wechselblätter und Anfragen bezüglich des Inhaltes sind an den Herausgeber zu richten.

ALFRED MICHEL,
357 W. 30th St.

New Yorker
Medicinische Monatsschrift.
Officielles Organ der
Deutschen Medicinischen Gesellschaft der Stadt New York.
Redigirt von Dr. Alfred Michel.
Bd. IX. New York, September 20. 1897. No. 9.

ORIGINALARBEITEN.

Resultate der electrolytischen Behandlung der Harnröhrenstricturen im Vergleiche mit anderen Methoden.

Von
Dr Robert Newman,

(Schluss.)

Fall III. Zwei Stricturen seit 3 Jahren, geheilt mit Electrolyse. — Keine Recidive während 22 Jahren.

24. März 1874. F. H. M., Alter 24 Jahre, ledig. Patient hat seit zwei Jahren zwei Stricturen 3 und 5½ Zoll vom Orificium mit beständigem Ausflusse. Ist in verschiedener Weise behandelt worden ohne Erfolg.

Die Entzündung wurde bekämpft durch Suppositorien. Granulationen durch lokale Betupfung durch das Endoscop. Dann wurden die Stricturen durch Electrolyse behandelt von No. 11 allmählig steigend bis No. 28 Fr. Während des Sommers keine Behandlung, weil Patient verreist war. Dadurch wurde die Behandlung ausgedehnt und dauerte sechs Monate, worauf Patient als geheilt entlassen wurde. Keine Recidive. Patient blieb gesund und nach 22 Jahren sagte er, dass er seitdem nie krank gewesen noch irgend welche Harnbeschwerden gehabt habe.

Fälle wie die eben erwähnten und noch viel schlimmere sind oft vorgekommen, welche durch Electrolyse geheilt wurden, während auf dem gewöhnlichen Wege gute Operateure nicht im Stande waren, irgend ein kleines Instrument durch die Verengerung zu führen. Dadurch soll nur bewiesen werden, dass Electrolyse in Stricturen mehr leistet durch chemische Zersetzung, als die Geschicklichkeit des besten Chirurgen.

Vergleiche der Electrolyse mit anderen Methoden.

Um solche Vergleiche anzustellen, müssen wir uns erst klar sein, welche Fälle hier besprochen werden. Geringere Grade von Verengerungen, die meistens in der Schleimhaut vorkom-

men, sind erfolgreich behandelt worden in verschiedener Weise. Die meisten Stricturen sind aber Neubildungen, durch Entzündungen entstanden in der Mucosa, die gleichmässig in einem Kreise sich erweitern, und durch die Mucosa und Submucosa sich weiter in die spongiösen Gewebe erstrecken.

Durch den Druck dieser Verhärtungen von Aussen wird das Caliber der Harnröhre immer kleiner, es bilden sich Narben und neue Stricturen. Schliesslich kann so die ganze Harnröhre aus Stricturen bestehen, die sich zudem mit Blasenleiden compliciren.

Urethrotomie in verschiedenen Modificationen ist mit Instrumenten gemacht worden. Sie hat Gefahren aller Art im Gefolge und endet oft tödtlich. Selbst die grössten Enthusiasten der Urethrotomie geben zu, dass sie nicht curirt, und dass der Patient die Sonde gebrauchen muss bis an das Ende seines Lebens. Unter anderen Autoritäten sagt auch Sir Henry Thompson, dass organische Stricturen niemals curirt werden. Die Profession und darunter viele Autoritäten in den letzten Jahren hat ihre Meinung geändert und sich gegen diese Operation ausgesprochen. Dr. N. Senn sagt, dass das Messer in der Behandlung von Stricturen den Erwartungen nicht entsprochen hat. (Adresse, gehalten am 28. October 1891 in der Versammlung der New York State Medical Association). Dr. J. H. Girdner*) verwirft die Operation, und Dr. T. P. Tuttle sagt§), dass solche Operationen in der Theorie falsch sind, und dass irgend ein Erfolg davon abhängt, dass nach einer Operfation die Harnröhre regelmässig erweitert werden muss. Dr. Carl Beck sagte in der New York County Med. Soc. am 25. Mai 1896, dass in Deutschland wenig innere Urethrotomien gemacht würden und zwar wegen der Gefahr von Blutung und Sepsis. Das Messer kann eben nur in einer Linie schneiden, und unmöglich die fibrösen Gebilde in toto angreifen, welche einen kreisförmigen Theil der Urethra einnehmen. Selbst wenn eine Strictur mit einem scharfen Instrument gespalten ist, so können nur zwei Möglichkeiten folgen:

1) Heilt ein Schnitt prima intentione, so bleibt das Caliber gerade so klein, wie zuvor, und die Strictur ist dieselbe wie vor der Operation; oder 2) wird die Schnittwunde offen gehalten und dann muss die Heilung bewerkstelligt werden

*) Medical News, July 14, 1888, Seite 39.
§) Amer. Medic. Surg. Bulletin, June 6, 1896, Seite 794.

durch plastisches Material, welches Narben erzeugt und contrahirt, wodurch die Strictur noch schlimmer wird als zuvor. In keinem Falle ist eine wirkliche Cur gemacht, und wenn der Patient nicht schlimmer wird, wie im vorhergehend beschriebenen Fall, so muss die Sonde gebraucht werden bis an das Ende seines Lebens.

Dilatation. Dilatabilität der Gewebe ist selbst verschieden in einer und derselben Harnröhre, in manchen Fällen ist die Harnröhre elastisch, lässt sich temporär ausdehnen, und sobald wie der Dilator entfernt ist, fällt sie wieder zusammen, wie ein elastisches Band. Es giebt Fälle, in denen die Behandlung erfolgreich ist, wenn die Ausdehnung mit Geschick, Geduld und langer Ausdauer angewandt wird; aber solche Patienten haben nur leichte Stricturen, in denen die Entzündung nicht gross und die Gewebe unterhalb der pars mucosa nicht infiltrirt sind. In tiefgehenden Verengerungen kann die Dilatation nicht heilen. In Experimenten mit Nadeln in Geweben und Geschwülsten habe ich bewiesen, dass die Electrolyse in einem Kreise um den negativen Pol von 1½ bis 2 Zoll arbeitet, und daher solche pathologische Zustände auflöst, welches auch demonstrirt ist in unserem Experiment III.

Instrumente. Die meisten Instrumente fabricirt und gebraucht für die Dilatation sind fehlerhaft im Princip, weil sie spitz zulaufen und in der Mitte allmählig grösser werden, so dass dasselbe Instrument durch eine Scala von 6 oder 7 Nummern läuft. Eine Sonde No. 30 misst 30 Fr. nur in der Mitte, und das Ende ist No. 24 Fr., also ein Unterschied von 6 Nummern. Die Folge davon ist, dass der Operateur die Harnröhre erweitert durch die Gewalt seiner Muskelkraft, durch ein gewisses brisement forcé. Das Rationelle aller Instrumente für die Harnröhre besteht darin, dass der Arzt die Bewegung des Knopfes des Instrumentes in der Harnröhre genau fühlt, so dass er es leiten kann in seinem Curse, ohne die geringste Gewalt gebrauchen zu müssen. Bei der Electrolyse ist es auch nöthig, den electrischen Strom auf das Ende der Electrode zu concentriren, um die chemische Zersetzung zu befördern. Mit dieser Berücksichtigung sind meine Instrumente auch derart construirt worden, um den Zweck zu erreichen, d. i. die Electrode ist insulirt, ausgenommen an beiden Enden, der Knopf hat das volle Maass der Nummer, welche es repräsentirt, die Biegung ist kurz. Das Instrument muss com-

pakt sein und nicht federn. Fehlerhafte Instrumente können und haben die beste Operation verdorben.

Divulsion-Sprengung. In den Jahren 1861 bis 1869, während ich Chef der chirurgischen Clinik war, haben wir im Long Island College Hospital gute Erfolge gehabt mit Sprengung. Mein Professor und Freund, Dr. Jos. C. Hutchison, brachte die Instrumente von Holt und McNamara von Europa mit und war eine Zeit lang Enthusiast dieser Methode. Allein wegen der ambulanten Behandlung konnten viele der Patienten nicht mehr weiter beobachtet werden. Ob Recidive folgten oder nicht, kann daher nicht bestimmt werden. Auch ist diese Methode nicht ohne Gefahren, welche zu lethalem Ende geführt haben. Die Anwendung dieser Methode ist aber nur möglich in gewissen Fällen und setzt voraus:

) Die Harnröhre muss ein Caliber haben, das den Durchgang des Divulsions-Instruments gestattet in seiner ganzen Länge bis in die Blase, welche zum Theil mit Harn gefüllt sein muss. 2) Die Gewebe der Strictur dürfen nicht zu hart und unausdehnbar, die Strictur nicht zu tief, dick oder lang sein, weil ein Riss an einer Stelle nicht mehr Erweiterung des Kanals macht als ein Schnitt. Daher gelten hier auch dieselben Einwendungen, welche angeführt sind gegen die Urethrotomie.

Dr. F. S. Watson*) in Boston sagt, dass er keine Autorität kennt, welche behauptet, dass Divulsion vollständig heilt.

Unter diese Abtheilung muss auch die sogenannte „Lineare Electrolyse"§) gerechnet werden, welche in Wirklichkeit nur eine Divulsion ist, und nach der Beschreibung des Erfinders keine galvanische Zersetzung machen kann. Das Instrument kann nur gebraucht werden, wenn die Strictur so gering ist, dass es bis in die Blase eingeführt werden kann, und die Gewebe wie vorher beschrieben sind. Der Modus operandi ist beschrieben, dass die Schneide in 30 Secunden durchgeschoben wird mit einer galvanischen Stromstärke von 10 Milliamperes. Das vorher gemachte Experiment hat aber zur Genüge bewiesen, dass ein Strom von 10 Milliamperes in 30 Secunden wenig oder keine chemische Zersetzung bewirken kann, und daher die ganze Procedur nichts anderes ist als eine Divulsion. Auch ist zugestanden, dass nach dieser Opera-

*) Boston Med. & Surg. Journal, 29. Dezbr. 1887, Seite 617.
§) N. Y. Medical Record, 13. April 1889, Seite 418.

tion die Sonde weiter eingeführt werden m u s s, was wiederum beweist, dass keine Cur erzielt ist, und dass dieselben Einwände stichhaltig sind, wie wir sie bei der Urethrotomie beleuchtet haben. Es ist auch zu bedauern, dass der Name, falsch angewendet, zu Verwechselungen Anlass giebt, und die wirkliche Bedeutung der Electrolyse beeinträchtigt.

Die neue Methode der Electrolyse bei Stricturen wurde bald erfolgreich angewandt und fand viele Anhänger, so dass sich nach und nach die Zahl der gemeldeten und mit Erfolg behandelten Fälle auf mehrere Tausend belief. Die Erfolge waren überraschend und Recidive der Stricturen, welche als geheilt aus der Behandlung entlassen wurden, fanden nicht statt.

Sollte die richtige Diagnose der Harnröhrenstrictur in den erwähnten Fällen in Frage gestellt werden, so mag constatirt werden, dass alle Fälle von anerkannt tüchtigen Aerzten vorher behandelt wurden, welche die Diagnose stellten, und wenn nicht selbst operirt, meistens die Urethrotomie empfohlen und öfters sogar quoad vitam eine ungünstige Prognose gestellt hatten.

E i n w e n d u n g e n gegen die Methode sind von einigen Chirurgen in New York und London gemacht worden, und andere Collegen haben Fälle berichtet ohne Erfolg. Dies ist sehr natürlich und hatte immer gute Gründe, die alle erklärlich und in verschiedenen Artikeln beleuchtet sind. Meistentheils sind es Ungeduld, schlechte Führung des Falles, Fehler in der Diagnose, oder primitive, schlechte Instrumente; manche wussten nicht den Unterschied zwischen der alten und neuen Methode, operirten mit starkem Strom und Cauterisation, und berichteten dann einen Misserfolg der n e u e n Methode.

Unter solchen Umständen ist es ein Wunder, dass nicht noch ungünstiger berichtet worden ist.

Sehr wenige haben ein Verständniss von der Anwendung der Electrolyse, viele entbehren der nothwendigen Vorkenntnisse in der Physik und Chemie und haben natürlich auf der Universität keinen Unterricht genossen in Electrotherapie. Die wirklichen Missgriffe in der Anwendung der Electrolyse sind so ungeheuerlich, dass vorgekommene Thatsachen wirklich unglaublich erscheinen. In der letzten jährlichen Versammlung der Amer. Electr. Therap. Assoc. machte Dr. H e r d m a n folgende Bemerkungen: „Viele Doctoren haben

keine Idee, wie Electrolyse gegeben werden muss; Dr. Rockwell giebt in der letzten (9.) Ausgabe seines Buches eine Beschreibung, nach welcher der positive Pole am Sitze der Strictur gebraucht werden soll, welche Befolgung natürlich den Patienten schlimmer machen muss." Thatsache ist, dass Dr. Rockwell alle meine Arbeiten erhalten hat, dass ich ihm die ganze Sache mit Modus operandi erklärt habe, ferner ihn auf die falsche Auffassung in seinem Buche aufmerksam gemacht habe, worauf er erwiderte, dass die neue Auflage sich in den Händen des Druckers befinde, und er deshalb nichts mehr thun könne!

In derselben Versammlung bemerkte Dr. Nunn aus Savannah, dass er einer der ersten war, die meine Methode adoptirten und mit stetem Erfolge anwandte, aber sich wunderte über Missgriffe und weiss, dass eine anerkannte Autorität Electrolye anzuwenden glaubte mit einer gewöhnlichen Sonde und einer faradischen Batterie. Unter solchen Umständen glaube er nicht, dass meine vortreffliche Methode von der jetzigen Generation anerkannt werden würde.

Unter solchen Umständen war es sehr zweckmässig, dass im Jahre 1892 die Amerikanische Electrotherapeutische Gesellschaft eine Untersuchung anordnete über die gemachten Berichte; und ein Comité von drei Mitgliedern zu diesem Zwecke ernannte.

Eine Unmasse Belege wurde dem Comité überreicht, bestehend aus Adressen, Briefen, Krankheitsgeschichten, amtlichen Mittheilungen und Bescheinigungen, Büchern, medicinischen Zeitschriften u. s. w.

Mit wirklicher Aufopferung haben die drei Herren während eines ganzen Jahres gearbeitet und gründlich untersucht, und im nächsten Jahre folgenden Bericht erstattet:

Ueber die Untersuchung von Dr. Newman's Statistik:

„Wir haben Dr. Newman's Fälle von Harnröhrenstricturen untersucht und finden, dass seine Folgerungen gerechtfertigt und richtig sind, sowie die Tabellen, welche er veröffentlicht hat. Unsere eigene Erfahrung in diesem Fache bestätigt den Werth der Electrolyse in dem Resorbiren der Harnröhrenstricturen. Das Comité hat ein Jahr fleissig gearbeitet und sich bestrebt, den erhaltenen Anweisungen gemäss, Mitwirkung von bedeutenden Fachmännern in der Chirurgie zu erlangen, um Patienten und die Tabellen zu untersuchen —

ohne dass die Herren sich dabei betheiligt haben. Chicago, den 11. September 1893."

Dieser Bericht ist unterzeichnet von A. H. Goelet, William J. Morton, W. J. Herdman.

Die Gesellschaft adoptirte den Bericht einstimmig.*)

Der Erfolg der electrolytischen Behandlung in Stricturen ist durch Fälle mit Belege und Zeugen so bestimmt bewiesen, dass selbst negierende Berichte das wirklich faktische nicht abschwächen können.

Um Erfolg zu haben, ist es aber nöthig, ein guter Operateur zu sein und allgemeine Regeln zu befolgen. Es müssen nicht allein die angeführten Regeln beobachtet werden, sondern der Operateur muss den Fall richtig, systematisch, mit vieler Geduld behandeln; er muss Electriker und Chirurge sein, die Instrumente mit Geschick führen, Kenntnisse der Electricität praktisch und theoretisch besitzen, einen klaren Kopf, eine sichere Hand, Finger die fühlen und sehen, haben und genau wissen wann, wie lange, wie oft und wie stark der galvanische Strom benutzt werden muss.

Unter solchen Umständen werden Misserfolge sehr selten sein, und während Chirurgen fehlen können, die Electrolyse als eine chemische Wirkung wird immer ihre Schuldigkeit thun.

New York, 64 West 36. St.

Literatur.

1867. Newman, Robert. Treatment of Strictures of the Urethra by Galvanism.—Medic. Record, March, 1867.

1871. Mallez and Tripier. De la guérison durable de rétrécissements de l'urèthre par la galvano caustic chimique.—London Lancet, October, 1871.

1872. Newman, Robert. Treatments of Strictures of the Urethra by Laminarie and Galvanism.—N. Y. Medical Record, July 15, 1872.

1873. Prince, David. Transactions.—Illinois State Medic Soc., April, 1873.

1874. Newman, Robert. Electrolysis in the Treatment of Stricture of the Urethra.—Arch. of Elect. and Neurol., May, 1874.

1874. Frank, T. F. Multiple Strictures of the Urethra by Electrolysis —Medic. Record, Feb. 2, 1874.

1875. Newman, Robert. Stricture of the Urethra in the Female and its Treatment by Electrolysis.—Amer. Journ. of Medic. Sciences.—October, 1875.

*) Transactions of American Electro-Therapeutic Association, 1893, Seite 46.

1879. Butler, John. How to Perform Electr.-Surg. Operations.—Amer. Journ. of Electr. and Neurol., October, 1879, p. 90. Text book Elect.-Therap., 1879.

1882. Newman, Robert. Ten Years Experience in the Treatment of Stricture of the Urethra by Electrolysis.—Medic. Revue, Aug. 12, 1882, p. 169.

Butler, John. Three Cases of Stricture of the Urethra Cured by Electrolysis After all Other Methods had Failed.—N. Y. Med. Times, November, 1882.

1883. Newman, Robert. Additional Answers to Correspondents About the Electrolytic Treatment of Urethral Strictures.—New England Medic. Month., June, 1883.

1883. Glass, J. H. Report of Nine Cases.—N. Y. Medic. Record, May 12, 1883.

Dickerman, W. H. Impermeable Strictures Successfully Treated. —N. Y. Medic. Record, June 25, 1883.

1884. Pitzer, Geo. E. On Electricity in Medicine and Surgery.—St. Louis, 1884.

1885. Newman, Robert. The Treatment of Stricture of the Urethra by Electrolysis.—Abstract N. Y. Medic. Journ., Jan. 3, 1885.

1885. Newman, Robert. Electrolysis in Surgery and Statistic of One Hundred Cases of Urethral Stricture.—Journ. Amer. Med. Assoc., April 25, 1885.

1885. Newman, Robert. Tabular Statistics of One Hundred Cases of Urethral Stricture Treated by Electrolysis Without Relapse.—New England Medic. Monthly, August, 1885.

1885. Newman, Robert, Progress of Electrolysis in Surgery.—Gaillard's Med. Jour., December, 1885.

1885. Newman, Robert. Causes of Failure in the Treatment of Urethral Strictures by Electrolysis.—Transactions N. Y. State Medic. Assoc., 1885.

1885. Sampson, A. F. Galveston.—Paper.—Transat Texas State Medic. Assoc. for 1885.

1885. Anderson, S. T. Electric Treatment of Urethral Stricture.—St. Louis Med. and Surg. Journ., 1885, pp. 205-208.

1886. Bryce, C. A. Reports of Successful Cases.—Southern Clinic, Richmond, Va., July, 1886.

Steavenson, W. E. The Employment of Electricity in the Treatment of Diseases of the Urinary Organs.—British Med. Journ., November 27, 1886.

Hutchinson, W. F. Urethral Electrolysis.—New England Medic. Monthly, December, 1886.

1886. Belfield, T. Nine Cases of Impermeable Urethral Strictures.—Journ. Amer. Medic. Assoc., April 24, 1886.

1886. Steavenson, W. E., Clarke W. Bruce, London.—London Record, May 25, 1886.

1886. Hayes, T. J. Report to the Academy of Ireland.—British Med. Journ., July 17, 1886.

1886. Newman, Robert. Is Electrolysis a Failure in the Treatment of Urethral Strictures?—N. Y. Medic. Record, Sept. 25, 1886.

1886. Bartholor, Roberts. Clinical Electro-Therapeutics.—Medic. News, December 18, 1886, p. 674.
1887. Dr. C. Wile. What is the Present Status of Electrolysis in the Treatment of Urethral Strictures?—Editorial, New England Med. Monthly, December, 1887.
1887. Belfield, W. T. Reports 30 cases.—Medical Age.
1887. Wolff, L. Behandlung der Harnröhrenstricturen durch Electrolyse. — Medicin. Presse, Febr. 1887.
1887. Steavenson, W. E. The Treatment of Stricture by Electrolysis. —British Med. Journ., July 23, 1887.
1887. Newman, Robert. The Armamentarium for the Treatment of Urethral Strictures by Electrolysis.—Medic. Register, Vol. I., No. 2, Philadelphia, 1887.
1887. Newman, Robert. Synopsis of the Second Hundred Cases of Urethral Stricture Treated by Electrolysis With Cases.—Journ. Amer. Med. Assoc., Sept. 24, and Oct. 1, 1887.
1887. Morton, Edwin. Treatment of Stricture.—British Med. Journ. October 1, 1887.
1888. Keyes, E. L. The Curability of Urethral Stricture by Electricity. An investigation.—N. Y. Medic. Journ., October 6, 1888.
1888. Semeleder, Mexico. Ueber Electrolyse. — Wiener Klinik, October 1888.
1888. Newman, Robert. Correspondence Notes on Dr. Keyes' Methods. —N. Y. Medic. Record, November 24, 1888.
1888. Newman, Robert. Success and Failure of Electrolysis in Urethral Stricture.—Phil. Medic. Times, December 15, 1888.
1888. Meier, G. C. H. Why Electrolytic Treatment of Stricture Does Not Succeed in all Hands.—Internat. Journ. Surgery and Antisept., October, 1888.
1888. Dickson, C. R. Explanatory Notes on Dr. Keyes' Investigation of Electrolysis.—New England Medic. Monthly, December, 1888.
1888. Hutchinson, W. F. Practical Therapeutics, 1888, p. 219.
1888. Chambers, Rennold, Rohe. Report of successful cases in Baltimore.—Phila. Med. Times, June 1, 1888.
1888. Edwards, F. Swinford. 24 Cases of Resilient Strictures.—Medic. Press and Circular, London, April 11, 1888.
1888. Burchard, T. H. Treatment of Stricture of the Urethra by Electrolysis.—N. Y. Med. Record, June 16, 1888.
1889. Dickman. Treatment of Urethral Stricture by Electrolysis.— Pathological Anatomy, etc.—Kansas City Med. Record, May, 1889.
1889. Newman, Robert. A Defence of Electrolysis in Urethral Stricture With Documentary Evidence.—Phil. Med. Register, Jan. 5, 1889.
1889. Hayes, P. S. A Neglected Factor in Electrolysis of Stricture.— Medic. Standard, January, 1889.
1889. Tremaine, W. S. Buffalo Medic. and Surgic. Journ., January 12, 1889, and Phil. Medic. Register, January 12, 1889, p. 43.
1889. Walling, W. H. Electrolysis in Urethral Stricture.—New Engl. Medic. Monthly, July 15, 1889, p. 472.

1889. Walling, W. H. Report on Electrolysis.—New England Medic. Monthly, July 15, 1889.
1890. Palmer, P. C. Electrolysis in Urethral Stricture.—Lauphere's Kansas City Medic. Index, June, 1890.
1890. Stevenson, W. E. Electrolysis.—London, 1890, pages 76, etc.
1891. Newman, Robert. Twenty Years Retrospect in the Treatment of Urethral Strictures by Electrolysis With Demonstrations.—Journ. Elect. Therap., N. Y., January and February, 1891.
1891. Fearn, John. Electrolysis in the Treatment of Strictures.—Journ. Electr. Therapeut., December, 1891, p. 179.
1891. Simonson, G. H. Stricture of the Urethra, Its Cure by Painless Dilatation and by Electrolysis.—Journ. Amer. Med. Assoc., 1891. page 927.
1891. Wile, W. C. Journ .Electr. Therap., January, 1891.
1893. Newman, Robert. The Present Status of Electrolysis in the Treatment of Urethral Strictures with Statistics of one Hundred Cases; the third Series.—Journ. Amer. Med. Assoc., April 15, 1893.
1893. Newman, Robert. A Report of the Present Status of the Electrolytic Method and Dr. Crossfield's report of one Hundred Cases.—Times and Register, Phil., January 21, 1893.
1893. Wallace, F. H. Electrolysis for Urethral Strictures.
1893. Blackwood, W. R. D.
1893. Greene, J. B.
1893. Cannaday, Chas. G.
1893. Phelps, O. S.
On Urethral Strictures by Electrolysis.—Phil. Times and Register, Jan. 21, 1893.
1893. Newman, Robert. Reliable Tabular Statistics on Electrolysis.
1893. McFadden, G. Howard. Report of Cases in Electrolysis.
1893. Bleyer, J. Mount. Electrolysis Popularity.
1893. Watkins, Robt. L. Low Tension currents.
1893. Blackwood, W. R. D. Questions answered.
1893. Bryce, C. A. Electrolysis is a Certain Cure.
1893. Herdman, W. J.
1893. Smith, A. Lapthorn
1893. Hogan, S. M.
1893. Anderson, S. T.
1893. Patterson, G. W. D.
1893. Waite, H. E.
1893. Koch, Henry.
1893. Glass, J. W.
1893. Will, W. C.
1893. Wolff, Arthur S.
1893. Derry, W. E.
Reports and letters, also Editorial in Phil. Times and Register, April 8, 1893.
1893. Bishop, F. B. Treatment of Organic Stricture of the Urethra by Electrolysis.—Virginia Medic. Monthly, June, 1893.
1895. Newman, Robert. Supplementary Report on the Success of Electrolysis in the Treatment of Urethral Strictures.—Journ. Amer. Med. Assoc., May 25, 1895.
1895. Holladay and Burton. Urethral Strictures.—Kansas City Med. Index, October, 1895.

1895. Sears, M. H. Remarks upon the Use of Galvanism in Stricture of the Male Urethra.—Denver Medic. Times, November, 1895.
1895. Fort, J. A. Linear Electrolysis. His Electrolyzer.—Americ. Medico-Surg. Bulletin, December 1, 1895, page 1452.
1896. Desnos (Paris). The Different Methods of Electrolysis in Stricture of the Urethra.—N. Y. Medic. Record, June 6, 1896.
1896. Bishop, F. B. The Newman Method of Urethral Electrolysis.—Transac. Amer. Elect. Therap. Assoc. for 1896, page 131.
1896. Wallace, F. H. Treatment of Strictures by Electrolysis versus any Other Method.—Transact. Amer. Elect. Therap. Assoc. for 1896, page 126.
1896. Schavoir, F. Electricity, etc.—N. Y. Polyclinic, November 15, 1896, page 130.
1897. Newman, Robert. Result of Chemical Electrolysis versus Divulsion or Cutting in the Treatment of Urethral Strictures.—N. Y. Med. Record, March 27, 1897.
1897. Wolff, A. S. Urethral Strictures; 41 successful cases.—Texas Medic. Journ., April, 1897, page 540.
1897. Fort, J. A. Correspondence on Newman's paper.—N. Y. Medic. Record, July 17, 1897.
1897. Newman, Robert. Answer to Dr. Fort.—N. Y. Medic. Record, August 7, 1897.

Ein weiterer Fall von congenitaler Hypertrophie und Stenose des Pylorus.

Von
Dr. F. Schwyzer.

Im N. Y. med. Journal vom 21. November 1896, und N. Y. med. Monatsschrift No. 10, 1896, habe ich einen Fall von congenitaler Hypertrophie und Stenose des Pylorus beschrieben. Dank eines merkwürdigen Zufalls konnte ich am selben Tage die Section eines weiteren Falles ausführen. In Anbetracht der Seltenheit der Affection und im Interesse der Diagnostik halte ich mich verpflichtet, auch diesen Fall bekannt zu machen.

Anamnese: Knabe D., geb. 2. October 1896 als zweites Kind eines gesunden Vaters und einer sehr nervösen Mutter. Das erste Kind der Eltern war im Alter von 6 Monaten an Darmstörungen gestorben. Der Knabe wog bei der Geburt 6½ Pfund, soll anscheinend normal entwickelt gewesen sein und wurde nach Anordnung des Geburtshelfers mit condensirter Milch und Wasser ernährt. Stuhl erfolgte fast nie von selber, sondern es mussten Seifenwasserclystire verabreicht werden und sogar zwei Theelöffel Ricinusöl hatten fast keine Wirkung. Die Faeces enthielten weissliche Bröckel und oft etwas

Schleim, jedoch wurde bis zum 30. October kein Arzt zu Rathe gezogen. An diesem Tag brach das Kind mehrmals und ich bekam es deshalb zu sehen.

Status I. Ich fand ein kleines etwas atrophisches Kind. Die inneren Organe liessen nichts abnormes erkennen, der Magen war leer, der Pylorus nicht zu fühlen. Der Stuhl enthielt weissliche Bröckel und Schleimfetzen. Respiration und Temperatur normal. Puls 120. — Ich hielt die ganze Störung für eine dyspeptische und verordnete sterilisirte Milch mit Gerstenschleim. Obgleich diese sehr verdünnt war, wurde sie nicht ertragen, ebensowenig ein Rahmgemenge; wohl aber reiner Gerstenschleim. Magenausspülungen brachten sehr viel Schleim zu Tage. Der Magensaft enthielt eine Spur freier Salzsäure und gab fast keine Stärkereaction.

Da die Mutter des Kindes sowohl gegen Magenausspülungen als gegen sterilisirte Milch sehr eingenommen war (ihr erstes Kind war so behandelt worden), so bekam ich das Patientchen nicht mehr zu sehen, bis zum 18. November. In der Zwischenzeit hatten die Eltern auf eigene Faust dünne Lösungen von „Malted Milch" verabreicht. Das Brechen hatte inzwischen sistirt, die Urese war wieder angestiegen, aber der Ernährungszustand war schlechter geworden. Jetzt brach das Kind wieder und jammerte nach jeder Nahrungsaufnahme.

Status II. Sehr atrophisches Kind mit relativ grossem Abdomen. Magen ziemlich gefüllt, Därme leer, Leber klein, Milz nicht nachweisbar. In Pylorusgegend kein Tumor zu fühlen. Stuhl erfolgt nur auf Eingiessungen, is sehr spärlich, aber sonst nicht auffallend verändert. Magenausspülungen entleerten viel zähen glasigen Schleim, freie Salzsäure liess sich nicht nachweisen, das Erbrochene zeigte einmal deutliche Beimengung von Galle. Wäre dieser Umstand nicht gewesen, so hätte ich die Diagnose Hypertrophie und Stenose des Pylorus mit absoluter Sicherheit ausgesprochen. So aber nahm ich nur eine mässige Stenose an und drängte nicht zur Operation, da das Kind sehr heruntergekommen und die Diagnose immerhin nicht über alle Zweifel erhoben war. Modificirte Milch mit Eiweissgehalt von nur 0,2 Prozent wurde nicht ertragen, so dass nur Somatose per rectum verabreicht wurde. Am 20. November collabirte das Kind und starb.

Sectionsprotocoll: Fünf Pfund schwere, äusserst atrophische Kinderleiche. Abdomen etwas aufgetrieben. Bauchdecken sehr dünn (subcutanes und viscerales Fett total

geschwunden), Herz und Lungen zeigen nichts besonderes. Peritoneum feucht, Leber klein, dunkel rothbraun mit undeutlicher acinöser Zeichnung. Milz und Nieren unverändert, ebenso Genitalien und Blase. Der Magen sehr gross, füllt das obere Drittel des Abdominalraumes. Colon transversum und descendens stark mit Gas aufgetrieben, Colon ascendens fest contrahirt. Dünndärme schlaff mit etwas Gas gefüllt, sonst leer.

Magen stark mit Gas aufgetrieben, reicht nach links bis über die linke Niere hinaus, verdeckt die Milz vollständig. Pylorus tief gegen die Porta hepatis hingezogen, ziemlich stark fixirt. Der gefüllte Magen misst vom fundus bis auf die Mitte des tumorartigen Pylorus in gerader Linie 11 cm., der grossen Curvatur entlang von denselben Punkten aus 18 cm. Die Wandung des Fundus ist dünn auf eine Strecke von c. 2 cm. bei einer Circumferenz von bis zu 8 cm. Von da an verdickt sich die Magenwand anscheinend ganz graduell bis an den Pylorus hin. Der Pylorus selber ist ein mandelförmiger Körper von 26 mm. Länge und 13½ mm. Durchmesser, die Serosa misst 0,75 mm., die Muscularis 3,5 mm., die Mucosa an nicht gefalteter Stelle 1,5 mm. Die Mucosa ist längsgefaltet, doch beträgt die Höhe einer Falte nicht viel über 2 mm. Das Lumen ist für eine Sonde von 1½ mm. kaum passirbar, für Flüssigkeit scheint es überhaupt verschlossen zu sein, denn die 5 Längsfalten liegen fest aufeinander. Nach unten ragt der Tumor ähnlich einer Portio vaginalis ins Duodenum hinein. Der Magen enthält neben Gas eine schleimige Flüssigkeit: die Mucosa ist mit sehr zähem Schleim überzogen. Cardia und Oesophagus unverändert.

Microscopisches: Es wurden untersucht: 1.) Querschnitte vom Pylorus. 2.) Längsschnitte aus dem Antrum pylori. 3.) Schnitte aus dem Fundus ventriculi.

Die Pylorusschnitte ergaben folgendes: sehr verdickte Mucosa, enorm verdickte Muscularis, ziemlich dicke Serosa. Die Mucosa zeigt annähernd normalen Bau. Die Trennung in Drüsenschicht, Muscularis mucosae und Submucosa ist deutlich. Nirgends gehen Epithellagen in die tieferen Schichten hinab. Viele Drüsenepithelien sind verschleimt, zwischen denselben finden sich hie und da Leucocyten, ebenso in dem subepithelialen Gewebe. Die Muscularis mucosae kaum wesentlich verdickt. Die circuläre Muskelschicht der Muscularis ist so dick, dass sie die Hauptmasse der Ge-

schwulst ausmacht. Neben glatten Muskelfasern finden sich auch relativ viele Bindegewebezellen. Die Längsmuskelfasern sind nur wenig verdickt.

Im Antrum pylori sind ebenfalls die Ringmuskelzüge hypertrophisch, doch erscheint auch die Längsmusculatur ziemlich verdickt.

Die anatomische Diagnose des Falles ist also durchaus klar: Hypertrophie und Stenose des Pylorus.

Bisher beschriebene ähnliche Fälle.

Hirschsprung.....2 Fälle.
Peden.....1 Fall.
Pitt.....1 Fall.
Finkelstein.....1 Fall, aber Längsfasern hypertrophisch.
Gran.....3 Fälle, wovon 2 wenig ausgesprochen, 1 wie die unserigen.
Schwyzer.....1 Fall, sehr ähnlich dem zweiten.
Thomson.....2 Fälle.
Dr. Bruyn Kops[1]).1 Fall.
W. Soltan Fenwick[2]).1 Fall.
Thomson[3]).....1 Fall.

Thomson gibt in seiner neuesten Arbeit eine recht gute Casuistik „Symptomatologie der angeborenen Hypertrophie und Stenose des Pylorus." Als primäre Ursache nimmt er eine nervöse Störung an, die zu Pylorusspasmus führte. Die Muskelhypertrophie erklärte sich dann von selbst. Er schlägt vor, die Krankheit statt mit dem bisherigen Namen, der nur das endgültige Resultat angibt, mit dem folgenden zu bezeichnen: Congenitaler Pylorusspasmus.

Einige anatomische Maasse meiner Fälle.

	Erster Fall (H.)	Zweiter Fall (D.)	Normales Kind.
Gewicht bei der Geburt.....	$8\frac{1}{2}$ ℔	$6\frac{1}{2}$ ℔	
Fundus-Pylorus	12 cm.....	11 cm..	4 –8 cm.
Gr. Curvatur—kleine.....	$5\frac{1}{2}$–6 cm.....	5 cm.....	$1\frac{1}{2}$–$2\frac{1}{3}$ cm.
Geschwulst, Länge..... ..	$2\frac{1}{5}$ cm.....	$2\frac{3}{5}$ cm.....	
,, Dicke	$2\frac{1}{10}$ cm.... ...	$1\frac{3}{10}$ cm.	
Magenwanddicke....	3–4 mm.....	$2\frac{1}{2}$–3 mm.....	c. $1\frac{1}{2}$ mm.
Lumen	2 mm.....	$1\frac{1}{2}$ mm.	
Mucosa Pylori.....	2–$2\frac{1}{2}$ mm.....	$1\frac{1}{2}$–2 mm.	
Submucosa und Muscularis..	5–6 mm.	$3\frac{1}{2}$ mm.	
Serosa...	1 mm.....	$\frac{3}{4}$ mm.	

[1]) Nederlandsch Tijdschrift voor Geneeskunde, No. 25, Dec., 1896.
[2]) The Disorders of Digestion in Infancy and Childhood, London, 1897, p. 315.
[3]) Scottish Medical and Surgical Jornal, June, 1897.

Zur Behandlung der Retroflexio uteri.

Von

H. J. Boldt, New York.

Die Frage, wie die Retroflexio uteri zu behandeln sei, scheint immer noch nicht erledigt, und es wird wohl schwer gelingen, Einheit in diesen Punkt zu bringen; denn die Behandlungsweise ist und bleibt immer eine individuelle Ansicht bei einem gegebenen Falle. Auch ich hege nicht die Erwartung, das Geringste beitragen zu können, um den allgemeinen Stand zu ändern. Trotzdem möchte ich den Versuch machen, die bei vielen Aerzten herrschende Meinung, dass jede Retroflexio operativ behandelt werden muss, zu widerlegen. Schuld an dieser jetzt so viel vertretenen Ansicht ist gewiss das unglaubliche Quantum Litteratur, welches sich hauptsächlich mit den operativen Eingriffen bei Rücklagen der Gebärmutter beschäftigt. Wie doch allgemein bekannt ist, giebt es eine ganze Anzahl Frauen, welche eine Retroflexio uteri haben, ohne davon im geringsten incommodirt zu werden; bei vielen anderen ist der Zustand von so wenig Beschwerden begleitet, dass sie sich der Behandlung deswegen gar nicht unterziehen wollen. Es kommt auch zum grossen Theil auf die socialen Verhältnisse an; hierbei gilt dasselbe, was ich über die operative Myombehandlung vor einigen Jahren bei Gelegenheit eines Vortrages in der amerik. gynäkologischen Gesellschaft sagte. Die sociale Stellung der Frau hat zum grossen Theil den Ausschlag zu geben. Die Frau eines Arbeiters oder eine Dienstbotin ist selbstverständlich anders zu nehmen, wie eine Patientin, die keine körperliche Arbeit zu verrichten hat, und welche ausserdem so situirt ist, dass sie öfters einen Gynäkologen aufsuchen kann, damit er ein ihr eingelegtes Pessarium reinigt resp. nachsieht, ob es noch in situ ist. Dasselbe gilt im Falle einer Retroflexio fixata unter ähnlichen Verhältnissen, wenn locale Behandlung nothwendig ist.

Eine nicht complicirte Retroflexio oder Retroversio verursacht höchst selten Beschwerden. Man würde aber von einem Extrem ins andere gerathen, wollte man nun annehmen, dass bei einer Retroflexio nur die damit einhergehenden Complicationen, wie Endometritis, Metritis, Oophoritis etc., etc. durch Behandlung geheilt zu werden brauchen, um die Patientinnen vollständig gesund zu machen.

Wenn ein retroflectirter Uterus durch ein richtig adjustir-

tes Pessar in Antiflexionslage gehalten werden kann, so wird niemals ein operativer Eingriff indicirt sein, um die Rückwärtslage zu heilen, es sei denn, dass das Tragen eines Pessars der Patientin unangenehm ist. Indem aber ein richtig angepasstes Pessar niemals von einer Patientin zu spüren ist, sie sogar von dessen Anwesenheit nichts weiter weiss, als dass sie sich dadurch besser fühlt, so wird der Fall, dass eine derartige Kranke eine Operation aus socialen Rücksichten verlangt, wohl selten vorkommen. Dennoch giebt es eine ganze Anzahl Fälle von mobiler Retroflexio, bei denen wir nicht mit der Einlegung eines Ringes auskommen und bei welchen die pathologische Lage der Gebärmutter so viel Beschwerden verursacht, dass eine Beseitigung derselben durch operativen Eingriff nothwendig ist.

Welcher Art soll nun der operative Eingriff sein? Auch hier müssen wir uns an persönliche Erfahrungen bis zu einem gewissen Grade halten. Meiner Ansicht nach ist die Ventrofixation bei diesem Zustande vollständig zu verwerfen, weil wir mit einem anderen Verfahren ein besseres Resultat erzielen können, ich meine die Verkürzung der Ligamenta rotunda, auch Alexander'sche Operation genannt. Dies ist, wenn richtig ausgeführt, von allen bis jetzt bekannten Operationen bei Retroflexio die idealste. Seit circa zehn Jahren übe ich dieselbe, und je öfter ich sie mache, desto besser gefällt sie mir. Stets bekommt man ein zufriedenstellendes Resultat; es sind bei meinen Patientinnen keine Recidive vorgekommen. Ich behaupte, dass bei einem ungünstigen Resultate die Schuld nicht an der Operation, sondern nur am Operateur liegt; die Indication wurde eben nicht recht gestellt. Etwaige Verwachsungen wurden nicht vorher gelöst oder es war ein mehr oder minder ausgesprochener Grad von Descensus vorhanden. Mitunter ist ja die Auffindung der Ligamente, wenn sie an den Terminalenden sehr dünn oder fettig degenerirt sind, etwas umständlich; aber trotzdem wird es dem mit der Operation gründlich vertrauten Arzte immer gelingen, sie zu finden. Auch kann es vorkommen, dass ein Ligament unter diesen Umständen abreisst, wenn zu stark daran gezogen wird, ehe es bis zum inneren Ringe isolirt ist. Mir ist das auch einige Male passirt, jedoch gelang es mir stets, bis auf eine Ausnahme, das Ligament wieder zu finden; auch in diesem Falle war, trotzdem nur ein Ligament verkürzt war, das Resultat ein ausgezeichnetes. Man muss nur darauf achten, dass die

Verkürzung genügend ausgiebig gemacht wird, ziemlich bis zum Cornu, um Recidive zu vermeiden. Die Vaginofixation ist deshalb zu verwerfen, weil schwere Geburtsstörungen dadurch hervorgerufen werden können.

Bei Retroflexio fixata tritt die Ventrofixation in ihre vollen Rechte; dieselbe ist, wenn die Fixation nicht zu breit gemacht und nicht an der hinteren Fläche des Fundus vorgenommen wird, immer von Erfolg gekrönt. Die einzige noch nicht von mir erprobte Operation bei mobiler Retroflexio, welche möglicherweise eine Berechtigung haben könnte, ist die vaginale Verkürzung der Lig. rotunda.

Ich habe bei Retroflexio fixata, wenn, nach der bimanuellen Untersuchung zu urtheilen, die Adnexa erhalten werden konnten, dieselben nebst dem verwachsenen Uterus per vaginam gelöst und dann die Verkürzung der Ligamenta von oben gemacht und zwar mit sehr befriedigendem Resultat.

Bei dieser Gelegenheit sehe ich mich gezwungen, einen Protest gegen die Benennung Alexander-Adam-Kocher'sche Operation zu erheben. Erstens halte ich es nicht für wissenschaftlich richtig, irgend eine Operation mit dem Namen des Operateurs zu benennen, und zweitens gehört das Verdienst, die Verkürzung der Ligamenta rotunda nach der betreffenden Technik zuerst ausgeführt zu haben, einem anderen Operateur. Newman in Chicago hat den Anfang gemacht, und Edebohls hat die Vervollkommnung besorgt. Die in Deutschland als Kocher'sche Operation bekannte Methode der Verkürzung der Ligamenta ist identisch mit der. von Edebohls in New York im Jahre 1890 beschriebenen Operation. Es ist das Richtigste den Leistenkanal zu spalten und nach Isolirung des Ligaments die Verkürzung vom inneren Leistenring an zu machen. Als Nähmaterial gebrauche ich ausschliesslich chromisirtes Catgut ohne Drainage.

Wie die "Operationswuth" zur Heilung der mobilen Retroflexio um sich gegriffen hat, kann man aus der grossen Anzahl von angeführten Operationen mancher Herren sehen, in einem verhältnissmässig kurzen Zeitraum; es kommt mir vor, als ob sie 100 Prozent aller an Retroflexio leidenden Frauen operiren, d. h. wenn es die betreffenden Patientinnen zugeben. Hiergegen protestire ich und lege es dem Hausarzt ans Herz zu bedenken, dass nur eine mässige Anzahl solcher Fälle wirklich der Operation bedürftig ist.

54 W. 51st Str.

Ueber Speichelsteine.

Von

Dr. W. Freudenthal.*)

Speichelsteine werden in der Regel ohne Schwierigkeit diagnosticirt, obschon ihr Vorkommen kein hüufiges ist. Meistens localisiren sie sich am buccalen Ende des Ductus Whartonianus oder Stenonianus, haben oft eine scharf abgegrenzte, bestimmte Gestalt, wodurch ihre Diagnose durch die Palpation meist zu einer leichten wird. Und doch finden wir eine ganze Anzahl berichtet, deren Befund ein ganz zufälliger war. Ein Beispiel davon begegnete mir in meiner Praxis. In zwei anderen Fällen meiner eigenen Erfahrung war die Diagnose leicht. Bevor ich auf die Krankengschichte meiner eigenen Fälle eingehe, erlauben Sie mir einige Worte über den allgemeinen Character und die Bildung der Speichelsteine.

Es macht den Eindruck, als ob diese Steine gewöhnlich lange bestehen, bevor sie entdeckt werden und in dieser Beziehung stellen sie sich in geraden Gegensatz zu den Steinen, welche wir in der Nasenhöhle eingebettet finden, welch letztere oft in der kurzen Zeit von einigen Monaten eine beträchtliche Ausdehnung erreichen.

Die secretorischen Functionen der Mucosa des Wharton'schen und Stenon'schen Ganges sowie der Schleimhaut der eigentlichen Nasenhöhle sind nicht allein verschieden, sondern die Fremdkörper, die man dort antrifft, sind naturgemäss auch von ganz verschiedener Grösse. Zuweilen beherbergen diese Gänge grosse Steine, ohne irgendwelche Symptome hervorzurufen oder den Patienten im geringsten zu belästigen. Ein Beispiel dieser Art bietet der folgende:

F a l l 1. Mr. A. F., 23 Jahre alt, seit sechs Jahren professioneller Clarinettist, kam im letzten Winter, zur Zeit seiner grössten Beschäftigung, zu mir und beklagte sich über eine Erkältung, die er sich vor ca. zwei Wochen zugezogen hatte und in Folge deren sich nach seinem Glauben ein Abscess unter der Zunge gebildet hatte. Bei der Untersuchung fand ich eine etwa hühnereigrosse Geschwulst in der linken Regio sublingualis. Ein harter Gegenstand konnte nicht gefühlt werden. In der Meinung, es mit einer Ranula zu thun zu haben, machte ich eine lange Incision durch die Mucosa. Es ent-

*) Auszug aus einem am 7. Mai in Philadelphia vor der American Med. Society gehaltenen Vortrag. Uebersetzt von der Red.

leerte sich eine Masse fötiden Eiters und in der Wundöffnung erschien zu meiner Ueberraschung ein oval geformter Stein, welcher ohne Schwierigkeit extrahirt werden konnte und den ich Ihnen hier demonstrire. Er bietet in Bezug auf Grösse und Gewicht nichts besonderes. Seiner Form nach zu schliessen, entstammte er zweifelsohne dem Ductus Whartonianus.

Nachdem ich die Abscesshöhle sorgfältig gereinigt hatte, untersuchte ich mit einer Sonde und war erstaunt, einen zweiten Stein zu constatiren, welcher tief im Gewebe der Glandula submaxillaris lag. Mein erster Versuch, ihn zu extrahiren ,schlug fehl, weil der Stein absprang und noch tiefer in die Höhle hineinrutschte. Mein zweiter Versuch hingegen hatte besseren Erfolg. Der Stein war von unregelmässiger Gestalt und ungefähr kirschengross.

Man sollte voraussetzen, dass ein Mann, dessen Mund beständig in Anspruch genommen ist durch seine professionelle Beschäftigung, darin irgend etwas von abnormalem Character entdecken sollte. Und doch hatte in unserem Fall der Patient keine Ahnung des Bestehens seines Uebels, bis ihn seine „Erkältung" vor vierzehn Tagen und der nach seiner Ansicht durch sie hervorgerufene Abscess zu mir führte. Er versichert des bestimmtesten, vor dieser Zeit nie irgend etwas ungewöhnliches in seinem Mund gefühlt zu haben. Der Fall ist interessant als Illustration, wie sich der menschliche Organismus an pathologische Zustände anpassen kann, indem dieser Patient, von schwächlicher Constitution, nicht nur seinen gewöhnlichen Beruf als Clarinettist ausübte bis zum Moment der Diagnose und der Extraction des Steines, sondern sogar am Abend der Operation sein Instrument spielte mit einem Jodoformtampon in der Höhle, in der der Stein gesteckt hatte.

In der Litteratur finden wir eine ganze Anzahl von Beispielen, wo eine sogenannte Erkältung zur Entdeckung von bestehenden Speichelsteinen führte. Mr. C a r v e r (The Lancet, p. 494, March 13, 1886) entfernte bei einem 70-jährigen Manne einen Stein, dessen Gegenwart erst in den letzten 5—6 Wochen durch eine Empfindlichkeit in der Sublingualgegend vermuthet wurde. D e m o n s (Journal de med. et de chir. de Bordeaux, Sept. 6, 1885) fand einen olivengrossen Stein im Ductus Whartonianus, welcher keine Symptome gemacht hatte bis ca. drei Wochen vor der Extraction. In anderen Fällen wiederum

wurde ein Stein Jahre lang gefühlt bis zur schliesslichen Extraction. So berichten z. B. Alfred Smith und Alex. T. Scott (Journ. of the British Dental Assoc., p. 175, 1888) über einen Fall, bei dem ein Stein schon seit sieben Jahren, zu welcher Zeit er ungefähr die Grösse einer Erbse hatte, gefühlt worden war. Jos. Dixon (Lancet, Nov. 26, p. 1063, 1887) beschreibt die Krankengeschichte seiner Gattin, welche während 15 Jahren eine Geschwulst unter der Zunge constatirt hatte. Mr. Alexander Bruce (Transactions of the Pathol. Soc. of London, Bd. 17, p. 134) entfernte einen Stein „von beträchtlicher Ausdehnung", wie er sich ausdrückt, obschon er nur 11¼ Gran wog. In diesem Fall hatte der Patient ihn schon seit 14 Jahren gefühlt. Dr. Webb's Patient (Ibidem Bd. 8, p. 221) fühlte einen kleinen Tumor 16 Jahre, bevor zur Entfernung geschritten wurde, Dr. Padieu's Patient (Gazette méd. June 6, 1885) 25 Jahre. Dr. Schuster's (Oesterr. Vierteljahrsschr. für Zahnheilkunde, October 1886) sogar 44 Jahre.

Es ist bekannt, dass Patienten mit Speichelsteinen oft Linderung ihrer Beschwerden fühlen, indem sie den den Stein umgebenden Eiter und Schleim in die Mundhöhle auspressen, von wo er ausgespien oder unbewusst verschluckt wird.

Ein weiteres Symptom von Speichelsteinen ist der Schmerz, welcher durch Bewegungen des Kiefers, z. B. beim Kauen, vermehrt wird, sowie auch durch die die Mastication begleitende vermehrte Speichelabsonderung. Gelegentlich tritt auch Schwierigkeit des Athmens als Symptom auf.

Dass dieses letztere Symptom sogar in einzelnen Fällen lebensgefährlich werden kann, beweist ein Fall von J. W. Hulke und mein eigener zweiter Fall. Hulke (Transactions of the Patholog. Soc. of London, Bd. 24, p. 88) behandelte eine junge Dame mit einem Tumor unter der Zunge, welcher seit den letzten 6 Jahren an Grösse zugenommen hatte. Dieser Tumor nahm zeitweise solche Dimensionen an, dass er Erstickung befürchten liess. Zuweilen erfolgte eine Entleerung in die Mundhöhle, worauf die Schwellung wieder die vorige Grösse einnahm. Nicht nur die Angaben der Patientin, sondern auch ihr Gesichtsausdruck legten Zeugniss davon ab, dass es sich wirklich um einen Erstickungsanfall handelte. Der folgende Fall, welcher unter meine Beobachtung kam, liefert eine Illustration des letzten Punctes:

Fall 2. Mr. N. S., 45 Jahre alt, ein bekannter Politiker eines benachbarten Staates, wurde von seinem Hausarzt zu

mir geschickt. Zwei und einhalb Jahre schon hatte er Beschwerden gehabt, bevor er eine Schwellung unter der Zunge bemerkte. Diese Anschwellung nahm zeitweise zu und verursachte ihm grosse Schmerzen. In den letzten 10 Tagen waren Tumor und Schmerzen schlimmer geworden. Während der Nacht schnarchte er so laut, dass ihn seine Frau wecken musste, geängstigt durch das cyanotische Aussehen seines Gesichtes. Der Patient war gross und stark beleibt und hatte die heisere Stimme, welche dem chronischen Alcoholiker eigen ist. Bei der Untersuchung fand ich den Tumor sich unter der Zunge rechts neben dem Frenulum leicht hervorwölben und von da nach hinten erstrecken bis gegen die Zungenbasis und den Kieferwinkel, wo er mit der Mucosa verwachsen schien, ähnlich wie in dem von Hulke beschriebenen Fall. Die Palpation ergab Fluctuation und es konnte ein harter Gegenstand deutlich gefühlt werden. Ich war sicher, es mit einem Speichelstein zu thun zu haben, der sich wahrscheinlich im Anfangstheil des Hauptganges gebildet hatte und ich rieth zu seiner Entfernung. Allein der Patient verweigerte die Operation und ging nach Hause. Lungen und Herz waren normal. Nach einigen Wochen erhielt ich zu meiner Ueberraschung von seinem Arzte die Mittheilung von seinem erfolgten Exitus. Die Nacht vor seinem Tode hatte er mehr als gewöhnlich getrunken. Nachdem er sich zurückgezogen und in Schlaf gefallen war, weckte er seine Frau durch sein Schnarchen. Sie fand ihn mühevoll athmend, mit blauschwarzem Gesichte. Umsonst versuchte sie ihn aus dem Schlafe aufzurütteln. Erschreckt durch sein beängstigendes Aussehen, liess sie den Arzt rufen, doch der Patient erstickte, bevor ärztliche Hülfe zur Stelle war. Die Autopsie ergab einen in einer Eiterhöhle eingebetteten mandelförmigen Speichelstein, auf welchen sich zweifelsohne indirect der Tod zurückführen liess. Denn bei früheren ähnlichen Anfällen gelang es ihm stets, den in der Höhle angesammelten Eiter durch Räuspern und Husten zur Entleerung zu bringen und auf diese Weise die Ursache seiner Dyspnoe zu heben; allein das letzte Mal war er derart unter dem Einfluss von Alcohol, dass er sich nicht aus seinem tiefen Stupor aufraffen konnte und elendiglich erstickte.

Ich habe absichtlich in der Einleitung dieser kleinen Arbeit erwähnt, als ich die Grössenverhältnisse der Speichelsteine und Rhinolithen verglich, dass nach meiner Ansicht die Mehr-

zahl dieser Niederschläge ihre Entstehung der Gegenwart eines Fremdkörpers verdanken, welcher in den Gang oder die Drüse selbst eingedrungen ist. Wenn Clinton Wagner (N. Y. Med. Journ., p. 560, Nov. 11, 1895) sagt: „Diese Concremente bilden sich durch einen Niederschlag von Erdsalzen in den Ausführungsgängen der Drüsen oder in den Drüsen selbst. Die Ursache dieser Niederschläge ist eine Behinderung des Abflusses entweder durch oder nach den Ausführungsgängen", so übersieht er die primäre Ursache ihrer Bildung, i. e. den Fremdkörper. Um diesen Fremdkörper setzen sich schichtweise die Erdsalze an. Die dadurch bewirkte Obstruction wiederum bewirkt eine Speichelretention. Ich will indess keineswegs behaupten, dass dieser Process für alle Fälle von Speichelsteinen Geltung habe, wohl aber für die grosse Mehrzahl.

So kam ein Fall zu meiner Kenntniss, in welchem Prof. Ribbert in Zürich fand, dass ein Haar aus einer Zahnbürste in den Ductus Whartonianus eingedrungen war und so zur Bildung eines Speichelsteines führte. In einer Anzahl anderer Fälle liess sich dasselbe Causalmoment auffinden. Hulke (l. c.) entfernte einen Stein, der 76 Gran wog. Seine Schnittfläche zeigte concentrische Ringe um einen kleinen, schwarzen centralen Kern. Dieser Kern war ein Stückchen Holz. Indessen findet man zuweilen keinen centralen Fremdkörper, weil derselbe sich chemisch veränderte. So berichtet Galippe über einen Fall von spontaner Entwickelung eines Steines aus dem Ductus Whartonianus. Derselbe zeigte concentrische Schichtung, ohne dass man einen Nucleus auffinden konnte. Hingegen wies er Microben in dem Steine nach, wie sie schon von Malassez und Vigal beschrieben worden waren. Ein Fall ist von Westheimer beschrieben worden (Corps étrangers du canal de Wharton. Bulletin méd. du Nord, Dec. 12, 1885), in welchem sich in acutester Weise ein Abscess während dem Essen bildete. Während der Patient Heidelbeeren ass, bemerkte er plötzlich in der rechten Unterkiefergegend einen Tumor, zugleich mit einem Schmerz im Munde. Dieselben Symptome wiederholten sich stets während dem Kauact. Ohne auf andere in der Litteratur verzeichnete Fälle weiter einzugehen, möchte ich hier noch näher auf meinen dritten Fall eingehen.

Fall 3. Mr. M. P., Kaufmann, 57 Jahre alt, von mässigem Lebenswandel und guter Gesundheit, hatte seit einiger Zeit

eine kleine Anschwellung in seiner linken Submaxillargegend bemerkt. Die Geschwulst hatte stetig zugenommen und war schmerzhaft während und nach dem Kauen. Durch eine einfache Incision wurde ein kleiner ovaler Stein entfernt. Ein Querschnitt desselben liess concentrische Ringe und im Centrum ein kleines Stückchen Holz erkennen. Durch Ausfragen konnte aus dem Patienten eruirt werden, dass er seit Jahren die Gewohnheit hatte, an Zahnstochern herumzukauen, und so wurde während dieser Beschäftigung wahrscheinlich der Fremdkörper in den Wharton'schen Gang hineingepresst. Diese Fälle beweisen, dass hier wie an anderen Stellen des menschlichen Körpers Steine sich um einen Fremdkörper als Kern bilden können. Dass auch andere ätiologische Momente für deren Entstehung existiren, bezweifeln wir nicht. Als einen solchen Factor müssen wir plötzliche Zu- oder Abnahme der Speichelabsonderung ansehen. In dieser Hinsicht ist ein Fall von Thomas Ballard (Transactions of the Patholog. Society of London, Bd. 18, p. 93) von Interesse. Eine junge Dame litt an einem Abscess im Munde, welcher sich spontan entleerte. Dabei kamen zwei kleine Speichelsteine zum Vorschein. Man erfuhr, dass die Dame vor 11 Jahren während einem Anfall von Icterus an starkem Speichelfluss gelitten hatte. Dieser führte wahrscheinlich zu einer Schwellung des Ausführungsganges der Drüse, wodurch eine Speichelretention zu Stande kam, welche wiederum zur Stein-

Andererseits möchte ich nicht unerwähnt lassen, dass wenn vermehrter Speichelfluss einerseits die Steinbildung begünstigen, sie umgekehrt zu einer spontanen Entfernung desselben führen kann. Dies trat in einem Fall von Kunz ein, welcher innerlich Pilocarpin eingenommen hatte. Die dadurch angeregte Speichelsecretion wusch den Stein aus dem Wharton'schen Gang hinaus.

Nach meiner Ansicht ist die Glandula submaxillaris häufiger der Sitz der Krankheit, als die Parotis, weil das Product der ersteren eine grössere Menge von Mucin enthält. Diese Substanz ist sehr klebrig und scheint das Ausfällen von unorganischen Salzen zu begünstigen. Diese Annahme wird bestätigt durch die klinische Erfahrung, dass der gewöhnliche Sitz des Steines am buccalen Ende des Speichelganges ist, ein Ort, welcher natürlicherweise dem Eindringen von Fremdkörpern am meisten ausgesetzt ist.

1003 Madison Ave.

SITZUNGSBERICHTE.

Deutsche Medicinische Gesellschaft in New York.

Montag, den 7. Juni 1897.—17 West 43. Strasse.

Die Versammlung wird um 8 Uhr eröffnet.

Vorsitzender: Präsident, Dr. W. Freudenthal.

Der Secretär, Dr. J. A. Beuermann, verliest das Protocoll der Mai-Sitzung, welches unverändert angenommen wird.

1. VORSTELLUNG VON PATIENTEN UND DEMONSTRATION VON PRAEPARATEN.

a) Dr. H. J. Boldt: CARCINOMA UTERI, DURCH PACQUELIN ENTFERNT.

Meine Herren. Wie Sie wissen, sind die Operationen bei Carcinoma uteri, ganz speciell bei Cervix-Carcinom, in der grossen Mehrzahl der Fälle von schlechtem Erfolg begleitet worden, insoweit als die Endresultate in Betracht gezogen werden. Winter machte vor zwei bis drei Jahren eine Reihe von Beobachtungen, die darauf schliessen liessen, dass die Impfrecidive bei Carcinoma uteri recht häufig sind. Infolgedessen wurde in der Universitäts-Frauenklinik davon Abstand genommen, dass erst die Auskratzung des Carcinoms vorgenommen wurde, und später die Radikaloperation. Es wurde die Ausbrennung der Carcinome gemacht, mit sofort angeschlossener Totalexstirpation und es schien, als würden die Erfolge etwas besser. Vor etwa Jahresfrist fing Dr. Byrne in Brooklyn, nachdem er die supravaginale Amputation bei Carcinom des Uterus eine Reihe von Jahren betrieben hatte, auch damit an, die Totalexstirpation durch Galvanocaustik zu machen. Ungefähr zur selben Zeit begann Markenrodt in Berlin, Totalexstirpation mit dem Pacquelin vorzunehmen. Vor einigen Wochen kam nun ein Fall in meine Hände, bei welchem das Carcinom so verjaucht war, dass ich davon Abstand nehmen musste, die Radicaloperation in der gewöhnlichen Weise vorzunehmen; ich sagte mir einfach, wenn die Frau überhaupt eine Chance haben soll, mit dem Leben davonzukommen, speciell was Recidive anbetrifft, so müsste ich die Operation mit dem Glüheisen machen. Kurzum, ich unternahm die Operation, einen vollständig blutfreien Eingriff. Die Neubildung wurde vollständig exstirpirt und, wie Sie hier an dem Präparat sehen, inclusive der Tuben, Ovarien und des grössten Theils der Ligamenta lata. Die Operation, obgleich schwierig, ging glatt von statten. Das war mein erster Fall.

Vor etwa drei Wochen sah ich eine Dame in Consultation, die ebenfalls ein Uteruscarcinom hatte, das sich auf der linken Seite ins breite Ligament hinein erstreckte. Auch hier sagte ich mir, dass die Operation mit Ligatur, Schere und Messer wahrscheinlich bezüglich vollständiger Entfernung des erkrankten Gewebes schlecht ausfallen werde; ich entschloss mich daher ebenfalls mit dem Pacquelin zu arbeiten. Ich zeige Ihnen hier das Präparat. Wie Sie sehen, ist es ziemlich gross. Die Vagina war eng und der Uterus mit einer Masse kleiner und grösserer Fibrome durchsetzt. Das klinische in diesem

Fall ist recht interessant. Erstens war der fibro-myomatöse Uterus sehr schwer zu enucleiren, wegen seiner Grösse und Unnachgiebigkeit in Folge der Infiltration der Ligamenta lata, und zweitens fing das Carcinom in einem alten Cervixriss an. In den ersten zwei Tagen verlief alles gut. Ich hatte bei der Operation Sorge, dass ich möglicherweise den Ureter lädiren würde und hielt daher die Blase, mittelst Einschiebung eines Jodoformgazestreifens, vom Operationsfelde entfernt, nachdem sie vollständig vom Cervix gelöst worden war. Wie gesagt, die ersten zwei Tage ging alles vortrefflich. Doch am Anfang des dritten Tages wurde Urin durch die Scheide entleert. Wenn wir nun auch mit dem Pacquelin direkt günstigen Erfolg haben, so liegt aber doch die grosse Gefahr vor, dass wir secundär möglicherweise durch die Hitze die Wandungen des Uterus lädiren. Das war hier der Fall.

Das Pathologische in diesem Fall bietet viel Interessantes. Herr Dr. Heitzmann war so freundlich und hat mir die Untersuchung sehr gewissenhaft gemacht, und ich erlaube mir, Herrn Dr. Heitzmann zu bitten, weiter darüber zu berichten.

Klinisch ist also die grosse Gefahr hervorzuheben, dass man den Ureter indirekt lädiren kann, und sollten wir uns in derartigen Fällen immer sehr vorsehen. Was die Hitze bei derartigen Operationen als Endresultat aufweisen würde, muss natürlich der Zeit überlassen bleiben. Im Grossen und Ganzen bin ich dafür, nachdem ich diese zwei Fälle so operirt habe, mich der Ansicht von Byrne anzuschliessen, dass die Erfolge doch möglicherweise recht günstig erscheinen können.

Ich habe hier noch ein kleines Präparat, das von grossem Interesse ist. Die Patientin gab die Krankengeschichte eines Aborts an. Sie blutete nach dem Abort eine Reihe von Wochen hin und wieder recht heftig; dann liessen die Blutungen etwas nach. Die Patientin verlor an Kräften und ich entschloss mich, weiter vorzugehen. Hier ist nun der ausgestossene Theil vom Uterus, was pathologisch als malignes Deciduom angesprochen werden kann. Das interessante Pathologische in diesem Fall ist folgendes: Im Uterus selber ist ein Tumor, ungefähr von der Grösse eines Hühnereies, der in keiner Verbindung mit diesem ausgestossenen Theil steht, und dieser Tumor zeigt das characteristische Bild eines Carcinoms. Was eigentlich Deciduoma malignum ist, wissen wir noch nicht. Es wird allgemein behauptet, dass der Zustand direkt von der Decidua ausgehe. Ob es ein Carcinom oder Sarkom ist, bleibt immer noch unbestimmt, ganz besonders hier, wo wir ganz deutlich das Bild eines malignen Deciduoms haben und im Tumor selbst das Bild eines Carcinoms.

Discussion:

Dr. Louis Heitzmann: Vor ungefähr 8 Tagen war Dr. Boldt so freundlich, mir das Präparat, welches hier herumgeht, zur Untersuchung zuzuschicken. Ich fand einen verhältnissmässig recht grossen Uterus und ungefähr zehn oder zwölf Tumoren verschiedener Grösse. Bei der Untersuchung fand ich, dass alle diese Tumoren mit einer einzigen Ausnahme nichts als Fibro-Myome waren. Im Centrum von einigen dieser Tumoren fand sich eine Verfettung, die ja hier und da vorkommt, obwohl sie nicht häufig ist. Das Interessante des Präpa-

rats war jedoch an einem der grösseren Tumoren zu sehen. Wir bemerkten hier schon mit freiem Auge zerfallene Stellen. Als ich diese Stellen unter das Microscop legte, fand ich meist nichts weiter als Myome, glatte Muskelbündel mit Bindegewebe. Zu meiner grossen Ueberraschung jedoch war an einigen Stellen ein Zerfall dieser Muskelbündel vorhanden, und zwar konnte ich den Muskelzerfall von allem Anfang controlliren, vom ersten Stadium der Veränderung bis zu grossen, unregelmässigen Epithelien, so dass schliesslich aus dem einfachen Myom ein Medullakrebs entstand. Solche Fälle sind meines Wissens ausserordentlich selten, und besonders, wo man direct controlliren kann, dass Muskelbündel zu Krebsepithelien zerfallen; das ist recht selten. Ich habe ausserdem andere Stellen dieses Uterus untersucht, konnte aber weiter nichts Bösartiges finden; mit Ausnahme dieses einen Tumors war alles andere gutartig.

Was den letzten Fall von Dr. Boldt betrifft, den ich ebenfalls untersuchen konnte, so zeigt derselbe ebenfalls ausgesprochenes Carcinom, und zwar ein Medullarcarcinom, ausserdem in den abgestossenen Partien Lymphgewebe, wie wir es bei der Decidua sehen, mit myxomatösem Gewebe. Die Lymphkörperchen waren jedoch vollständig verändert. Es waren sehr wenige, die ihre normale Grösse und ihr normales Aussehen behielten. Die meisten waren vergrössert, theilweise zerfallen, grob granulirt und hatten Kerne, so dass ich nicht den geringsten Zweifel hatte, dass ich hier ein sogenanntes Deciduoma malignum vor mir hatte. Ob nun ein solches Deciduom sarkomatös oder carcinomatös ist, möchte ich heute nicht beantworten, obwohl ich, nach diesem Fall zu urtheilen, doch der Ansicht zuneige, dass derartige Deciduome Abarten von Carcinom sind.

Dr. J. W. Gleitsmann: Ich möchte fragen, wie es sich mit der Reaction verhält, wenn man die Geschwulst mit Pacquelin entfernt. Es interessirt mich das deswegen, weil ich in meiner Branche sehe, dass das Brennen mit Apparaten eine viel stärkere Reaction hervorruft als das Messer.

Dr. H. J. Boldt: Meine persönliche Erfahrung ist die, dass in den beiden Fällen, welche ich derartig operirt habe, die Reaction eine stärkere ist als mit dem Messer, obgleich die anderen beiden Collegen, die darüber berichtet haben, Mackenrodt und Byrne die Behauptung aufstellen, dass die Reaction nicht so stark sei.

b) Dr. W. K. Kubin: EIN NEUES GEFRIER-MIKROTOM.

Dieses Instrument, welches, obgleich nicht neu, doch noch nicht recht bekannt ist, ist von R. Jung in Heidelberg gemacht und wird von Prof. Arnold, daselbst, sehr viel gebraucht. Von Sectionen, die des Morgens gemacht werden, werden Präparate am Nachmittag in Schnitten gezeigt. Es ist ein sehr einfaches Instrument, dabei sehr billig und sehr solide. Man hat keine Beschwerden mit dem Messer. Es wird nicht leicht stumpf. Ich habe über ein Jahr mit einem Messer ziemlich viel gearbeitet, ohne es schärfen zu lassen, und wenn es geschärft werden muss, kann es jeder mit einem gewöhnlichen Stein selbst schleifen. Der Vortheil dieses Instrumentes ist, dass man innerhalb zwei Stunden von irgend einer Geschwulst oder einem Theil des Körpers nach einer post-mortem Untersuchung gehärtete und ge-

färbte aufgeklebte Schnitte demonstriren kann. Ich habe eine Anzahl von Schnitten mitgebracht, die damit gemacht worden sind, und sie zeigen sehr klare und deutliche Bilder. Ich will durchaus nicht sagen, dass dieses Mikrotom ein Schlitten-Mikrotom ersetzt, denn für Serien-Schnitte eignet es sich nicht, und wenn man nur ein kleines Präparat hat, so ist es möglich, dass dasselbe nicht gut geschnitten werden kann und infolge dessen verloren geht. Immerhin möchte ich aber dieses Instrument für den allgemeinen Praktiker empfehlen, der sich jenes grosse und theuere Instrument nicht anschaffen will und sich auch nicht der drei bis vier Tage dauernden Härtungsmethoden bedienen will. Für diesen ist es ein ausgezeichnetes Instrument. Das Präparat wird in kleine Stückchen (1 ccm.) geschnitten, in 4 Proz. Formalin gelegt und ist nach zwei Stunden gehärtet, dann auf diesem Gefrier-Mikrotom geschnitten und gefärbt wie andere präparirte Schnitte. Die Präparate, die ich mitgebracht habe und die auf diesem Instrument geschnitten worden sind, werden zeigen, wie schöne Schnitte man liefern kann, und, wie gesagt, in kurzer Zeit. Auch bin ich gern bereit, nach der Sitzung Präparate zu schneiden, wenn sich die Herren dafür interessiren.

Das Instrument kostet in Deutschland 40 Mark, und hier ist es für $17.50 zu beziehen. Es hat eine automatische Vorrichtung, vermittelst welcher das Präparat in irgend einer Dicke geschnitten werden kann.

Discussion:

Dr. Louis Heitzmann: Ich habe mit diesem Instrument keine Erfahrung, muss aber sagen, dass ich im allgemeinen kein Freund des Gefrier-Mikrotoms bin, weil man keine schönen Schnitte machen kann, wie Dr. Kubin zugeben wird, da die Epithelien mehr oder weniger verändert sind. Es mag ganz gut sein, wenn man eine rasche Diagnose haben muss, aber für allgemeine Zwecke möchte ich es nicht empfehlen.

Dr. W. K. Kubin: Ich möchte noch bemerken, dass diese Präparate nicht für Demonstrationszwecke geschnitten worden sind. Ich habe dieselben einer Sammlung entnommen, welche ich im Laufe des Jahres auf der Klinik des Herrn Dr. F. Lange angelegt habe. Die Herren Collegen werden ohne Zweifel aus denselben ersehen können, was das Instrument zu liefern im Stande ist.

Dr. A. Seibert demonstrirt eine Methode zur Herstellung verdünnter Tuberculinlösungen. (Veröffentlicht in New Yorker Med. Monatsschrift, Juni, 1897).

Präs. Dr. W. Freudenthal: Prof. M. Schmidt in Frankfurt a. M. hat uns die zweite Auflage seines ausgezeichneten Werkese über Krankheiten der oberen Luftwege gesandt, mit der Widmung für die Deutsche Medicinische Gesellschaft. Es wäre eigentlich schade, wenn wir das Buch im Archive der Gesellschaft liessen. Es würde dort von Niemandem gelesen werden und seinen Zweck verfehlen. Ich glaube, es würde dem Wunsche des Verfassers entsprechen, wenn wir dasselbe irgend einer Bibliothek widmeten. Ich sehe einem Antrag der Gesellschaft darüber entgegen.

Dr. H. J. Boldt schlägt die Academy of Medicine vor. Dr. J. W. Gleitsmann meint, es sähe doch etwas eigenthümlich aus, wenn uns

Prof. Schmidt ein Buch persönlich widmet und wir es wieder weggeben. Wenn wir es nicht im Archiv aufheben wollten, so würde sich vielleicht ein Mitglied finden, dem es der Verein zur Belehrung geben könnte.

Nachdem der Präsident noch mittheilte, dass ihm nahegelegt worden sei, der Verfasser wünsche das Buch einem deutschen Leserkreis zuzuführen, wird der Antrag abgelehnt und das Buch mit Dank angenommen.

Präs. Dr. W. Freudenthal: Ich glaube im Sinne der Gesellschaft zu handeln, wenn ich Herrn Prof. Schmidt für das Buch danken werde.

2. Dr. Robert Newman: „DIE RESULTATE DER ELECTROLYSE IN DER BEHANDLUNG DER HARNROEHRENSTRICTUREN IM VERGLEICHE MIT ANDEREN METHODEN." Veröffentlicht in der N. Y. Med. Monatsschr. Letzte und diese Nummer.

(Redner verliest den Vortrag, während sein Assistent verschiedene Experimente wiederholt, auf welche Redner im Vortrag Bezug nimmt.)

Discussion:

Dr. R. S. Freedmann: Es ist Dr. Newman kaum möglich gewesen, in dieser kurzen Zeit das ganze Gebiet über Harnröhrenverengerung zu schildern. Ich möchte daher einiges aus meiner eigenen Erfahrung erwähnen. Der eine Fall datirt ungefähr ein Jahr zurück, im New York Hospital. Der Herr, 45 Jahre alt, hatte etwa 20 Jahre Harnröhrenverengerung gehabt, und es war jede Methode, mit Ausnahme der Electrolyse, an ihm versucht worden. Ich war bei der Autopsie zugegen, die von Dr. Ferguson gemacht wurde, und konnte ganz deutlich erkennen, welche Instrumente in der Harnröhre angewendet worden waren. Es war ein schlangenartiger Schnitt zu bemerken und einige Schnitte, das Resultat einer späteren Operation, die in jeder Richtung gemacht waren. Der Patient hatte zum Schluss Niemandem mehr erlaubt, auch nur das Geringste anzuwenden, und starb an Ruptur der Blase.

Der zweite Fall kam unter meine eigene Aufsicht. Nachdem ich mehrere vergebliche Versuche gemacht hatte, das kleinste Instrument durch die Strictur hindurchzubringen, entschloss ich mich, den electrochemischen Weg zu probiren. Ich brachte den Patienten zu Dr. Newman, und es wurde wirklich eine kleine Electrode durch die Urethra hindurchgeschoben. Dieser Patient hatte die Strictur ungefähr acht oder neun Jahre gehabt und war drei oder vier Mal geschnitten worden, aber die Gewebe waren immer wieder zusammengewachsen. Trotzdem wollten seine Aerzte immer wieder dieselbe Methode versuchen, nämlich das Schneiden, und dagegen hat er sich sehr gesträubt. Er sagte mir dann, dass er sich seit der Behandlung durch Dr. Newman wohl befinde. Und so könnte ich noch mehrere andere Fälle erwähnen, insbesondere aber einen Herren, der vor ca. 20 Jahren von Dr. Newman behandelt worden ist und seitdem keinen schlechten Tag gehabt hat.

Dr. H. G. Klotz: Ich bezweifle nicht die angegebenen therapeutischen Erfolge, da ich keine persönliche Einsicht in Dr. Newman's Methode genommen habe, aber ich muss gestehen, dass der Fall den

er uns hier als typisch vorgeführt hat, absolut nichts beweist für die Wirkung der Electricität dabei. Die geschilderte Methode ist die einer vorzüglichen langsamen Dilatation, mit der man ohne Electricität dasselbe gute Resultat bekommen kann. Es ist eine bekannte Thatsache, dass, wenn man einmal eine Bougie durch eine enge Strictur hindurchgeführt hat, und sie ein paar Minuten liegen lässt, man das nächste Mal ohne grosse Mühe mit einer weit grösseren Bougie hineinkommt.

Ich hätte gern gehört, was denn eigentlich um den Pol herum für feinere anatomische Veränderungen vor sich gehen. Ich habe früher auch Versuche mit der Methode gemacht, muss aber gestehen, ich bin zu keinem guten Resultat gekommen. Vielleicht hat das an mir gelegen. Indess es ist mir nicht ganz klar, wie man durch Wegnahme von Material eine circuläre Erweiterung bekommen soll. Wenn man in einer festen Röhre von Holz etwas abhobelt, dann wird die Röhre weiter. Nimmt man aber vom lebenden Gewebe etwas weg, so entsteht entweder Wiederersatz oder eine Schrumpfung, und wenn Sie das von allen Seiten in einer Höhlung thun, so bekommen Sie viel eher eine Verengerung. Wenn ein Schnitt sofort wieder heilt, so wird nicht nur das frühere Kaliber wieder hergestellt, sondern die Harnröhre wird enger, und darauf beruht der Nachtheil der internen Urethrotomie, wenn sie nicht so tief gemacht wird. Ich will dieser Operation keineswegs das Wort reden, aber dass alle gespannten Gewebe durchtrennt werden, dass die Urethrotomie nicht dauernd die Harnröhre erweitern könne, kann ich nicht zugeben. Ich möchte sagen „leider." Fast jeder hat wohl Gelegenheit gehabt, solche unglücklich erweiterte Harnröhren zu sehen.

Nach meiner Erfahrung, die sich auch auf eine Reihe von Jahren erstreckt, habe ich auch durch Dilatation und langsame Divulsion bleibende Heilung erzielt, und ich habe mich mit dem Endoscop überzeugt, dass nach Jahren noch das Gewebe sich verändert; ich fand nicht normale Schleimhaut, aber ganz elastisches, weiches Gewebe, und ich habe zuweilen die Fortschritte in der Strictur mit dem Endoscop verfolgt, ja, mir gelegentlich den Weg weiter gebahnt für die Sonden, so dass ich den Process genau verfolgen konnte, und ich musste erstaunen, dass ich hinterher nach Jahren noch so gutes Gewebe fand.

Dr. Newman sagt, dass die lineare Electrolyse in 30 Secunden gemacht würde. Dr. Fort, den ich hier in der Academie gehört habe, ist in einzelnen Fällen auch mit der Zeit ausgekommen, aber in anderen Fällen hat er mehrere Minuten lang gebraucht. Was der Electrolyse vorgeworfen wird, dass sie eigentlich ein Schnitt sei, nur mit ätzender Wirkung, ist ganz richtig. Wird ein stärkerer Strom angewendet, so hört die Electrolyse auf und geht in Aetzung über.

Dr. I. P. Oberndorfer: Ich habe schon verschiedene Male Gelegenheit gehabt, den Vorträgen von Dr. Newman zuzuhören, muss aber gestehen, dass ich mich immer gegen das Ende des Vortrages in einem Zustand der Unbefriedigtheit befand, dass ich mich nicht habe überzeugen können, weder durch die theoretischen Betrachtungen noch durch die praktischen Resultate, dass die sog. Electrolyse bei Stricturen etwas ganz Besonderes leistet. Insofern stimme ich mit Dr. Newman überein, dass die gewaltige Durchschneidung, die Urethrotomie

bei Strictur ganz und gar nicht am Platz ist, dass es nur Narben setzt, in dem einen Fall eine gerade, bei Divulsion eine eckige, zerrissene Narbe, die vielleicht schlimmer ist. Man muss sich fragen, was kann die Electrolyse leisten? Abgesehen davon, dass vielleicht Partikelchen aufgelöst und im Lauf des Stromes mitgerissen werden, ist die Wirkung einfach eine chemische an jedem Pol, an dem einen Pol bildet sich Säure, an dem anderen Pol Alkalien und Wasserstoff. Es wird also einfach Säure ausgeschieden, und wenn die Electrolyse überhaupt eine Wirkung hat, so hat sie nur eine auflösende oder caustische Wirkung auf alle Gewebe. Der von Dr. Newman citirte Fall ist, wie bereits Dr. Klotz hervorgehoben, gar nicht beweisend. Dr. Newamn machte erst die Bemerkung, dass in einem Fall von impermeabler Strictur so etwas geleistet werden könnte. In diesem Fall aber war die Strictur gar nicht impermeabel, sonst hätte keine Bougie durchgeführt werden können, und da einmal eine Bougie durchgeführt wurde, so ist es gar nicht zu verwundern, dass darauf die Einführung einer Sonde auch gelang. Ich bin überzeugt, und das ist meine ausnahmslose Erfahrung, dass, wenn es einmal gelungen ist auch nur die kleinste Sonde einzuführen, man immer auch, wenn der Patient Geduld genug hat, den Fall langsam bis zur letzten Grösse dilatiren kann. Ich gebe zu, ich glaube nicht, dass eine Strictur, die durch Narben bedingt ist, permanent gedehnt bleibt; denn sie hat die Neigung sich zusammenzuziehen und muss von Zeit zu Zeit gedehnt werden. Ich glaube nicht, dass irgend eine Strictur auf irgend eine Weise, sei es durch Schnitt, Divulsion, Electrolyse oder durch Dehnung, dauernd geheilt werden kann.

Dr. Robert Newman (Schlusswort): Dr. Klotz sagt, dass Dr. Fort nicht immer 30 Secunden anwende. Ich habe die 30 Secunden aus den Berichten abgeschrieben, die er im American Medico-Surg. Bulletin, Decbr. 1., 1895, Seite 1452 und Medical Record gemacht hat, und bin daher berechtigt zu sagen 30 Secunden. Er sagte sogar 20 bis 30 Secunden.

Dass EIN Fall, den ich hier vorgelegt habe, nichts beweist, gebe ich gern zu. Der Fall wurde nur hier angegeben, um den modus operandi und die allmähliche Fortbildung zu zeigen. Was einmal da ist als ein Faktum, was von drei bekannten Aerzten als ein Comité untersucht worden ist, eine Statistik von 1755 Fällen, in denen die meisten im Durchschnitt sechs bis sieben Jahre unter Beobachtung geblieben sind, davon kann man doch nicht sagen: nein, das ist nicht wahr. Und ich verweise auch auf den Herrn, von dem Dr. Freedman gesprochen hat, der vor 22 Jahren behandelt worden war; er war zuerst von anderen malträtirt worden, und nachdem ich ihn behandelt habe, habe ich ihn auf seiner Hochzeitsreise getroffen, und seit 22 Jahren hat er nie einen schlechten Tag gehabt oder einen Fehler in der Harnröhre. Diese Fälle sind doch unmöglich zu negiren. Es ist durch Experimente bewiesen, dass die Electrolyse besteht. Manche Herren belieben zu sagen: es giebt keine Electrolyse. Ein College machte einmal ein Experiment mit einer alten, vertrockneten Aorta von einem todten Kalb, ohne solche befeuchtet zu haben. Da sehen Sie, sagte er, es giebt keine Electrolyse! Die Electrolyse ist bewiesen, und wenn man 1755 erfolgreiche Fälle berichtet hat, die alle constatirt sind, wenn Leute

nach der Behandlung mit Electrolyse 22 Jahre keinen schlechten Tag haben, so muss doch etwas daran sein. Gewiss werden manche Leute nicht damit reüssiren. Die werden vielleicht auch nicht als Handwerker oder Maler reüssiren. Aber wenn die berichteten Erfolge erwiesen, und die Aechtheit der Documente amtlich beglaubigt ist durch County Clerk, Notary Public etc., so kann diese Bejahung doch nicht durch andere Erörterungen negirt werden. Ich habe in der Kürze der Zeit unmöglich alles lesen können und mehr als die Hälfte des Vortrags auslassen müssen, worin ich die verschiedenen Meinungen anderer besprochen habe, aber die berichteten Fälle sind constatirt, und die Herren des Comité's haben die Patienten selbst gesprochen und sich überzeugt, dass sie nach der electrolytischen Behandlung gesund geworden sind.

Präs. Dr. W. Freudenthal: Ich glaube, wir sind Dr. Newman zu grossem Dank verpflichtet, dass er heute trotz eben überstandener Krankheit hierher gekommen ist und uns den interessanten Vortrag gehalten hat. (Zustimmung.)

3. Dr. R. Denig: UEBER IMPFUNGEN BEI IRIS-TUBERCULOSE. (Veröffentlicht in der N. Y. Med. Monatsschrift No. 7.)

Präs. Dr. W. Freudenthal: Die Discussion über dieses so äusserst wichtige Thema kann wegen der vorgerückten Zeit heute Abend leider nicht mehr erfolgen.

Ich habe Ihnen noch mitzutheilen, dass die vier Candidaten Drs. J. Rosenberg, M. Moskovitz, Sarah Belcher und S. A. Knopf, bei Abgabe von 26 Stimmzetteln einstimmig zu Mitgliedern erwählt worden sind. Es ist sodann vom Vorsitzenden zum Mitglied vorgeschlagen: Dr. Phil. Ernst, 112 2. Strasse.

Damit wäre unser Programm für die Wintersession beendigt. Ich hoffe, Sie recht zahlreich in der Octobersitzung wieder zu sehen.

Schluss und Vertagung, 10 Uhr 45 Minuten.

Wissenschaftliche Zusammenkunft deutscher Aerzte.

110 West 34. Strasse.

Sitzung vom 25. April 1897.

Vorsitzender: Dr. Ernst Schottky.

1) Dr. A. Jacobi zeigt das Herz eines 31-jährigen Mannes, der am Tage vorher im Bellevue gestorben war. Die Vorgeschichte lässt Lues und unmässigen Alcoholgenuss ausschliessen. Vor 16 Jahren soll unter dem Bild einer acuten Krankheit sein rechter Arm von oben bis unten stark angeschwollen sein, wohl in Folge einer Embolie oder einer Thrombose. Schnittnarben in Folge Operation lassen sich keine erkennen. Seit einiger Zeit an starker Dyspnoe leidend, wurde Patient auf einem Ausgange ohnmächtig und von der Polizei nach dem Bellevue Hospital gebracht. Der Status präsens bestand in starker Cyanose, Schwierigkeit zu sprechen bei umwölktem Sensorium und Unmöglichkeit, den Puls zu fühlen. Erst auf 4 cg. Nitroglycerin wurde derselbe fühlbar und dieses Mittel wurde noch durch Strychnin- und Morphingaben unterstützt. Gestern starb er.

Als bemerkenswerthe Symptome intra vitam erwähnt der Vortragende doppelte Geräusche, bedeutenden sehr umfangreichen Anschlag des Herzens, ausgedehnte Dämpfung, links bis 5 cm. über die Mittellinie hinaus, rechts hinauf bis an die dritte Rippe. Beim Auflegen des Stethoscops hörte man laute, ächzende Geräusche mit einem schrillen musikalischen Beiklang am deutlichsten links über dem Sternum, dann in der Aortengegend und an der Mitralis. Musikalische Geräusche werden sonst gewöhnlich über der Aorta gehört. Oft werden sie auch in grösserer oder kleinerer Entfernung vom Brustkorb noch wahrgenommen, nicht so in unserem Fall. Die Section ergab ein sehr vergrössertes Herz, der rechte Vorhof ragt entsprechend dem am Lebenden constatirten Dämpfung bedeutend über das Sternum hinaus. Das vorliegende Präparat zeigt die Aortenklappen enorm verdickt, aber nicht atheromatös, das Herzfleisch sieht ziemlich gut aus, die Mitral- und Aortenklappen fühlen sich steinhart an. Es handelt sich an beiden um S t e n o s e mit I n s u f f i e n z.

2) Dr. W i l l y M e y e r: In der letzten Sitzung zeigte Dr. A. Jacobi ein diffuses L i p o m d e s O b e r s c h e n k e l s und bei dieser Gelegenheit kam die Indication zur Operation bei solchen Fällen zur Sprache. Als Illustration stellt er einen 30-jährigen Patienten vor. Die Vorgeschichte desselben war eine irreführende. Er gab an, im Juni des letzten Jahres ganz acut zuerst eine Schwellung am unteren Theile des Oberschenkels bemerkt zu haben, welche sehr schnll wuchs. Die Punction ergab Blut. Es wurde die Diagnose auf Osteosarkom gestellt, obgleich allerdings kein Pergamentknittern nachzuweisen war. Es wurde mittelst der Röntgenphotographie ein Bild aufgenommen. Der Vorschlag zur Operation wurde gemacht und zuerst unter Cocain zur Probeincision geschritten, wobei mit Mühe einige Fettstücke herauspräparirt werden konnten. In Anbetracht der Anamnese wurde alles vorbereitet zur Exarticulatio femoris, wobei allerdings dem Patienten versprochen wurde, sich vorerst durch Incisionen von der genauen Sachlage zu überzeugen. Der Esmarch'sche Schlauch wurde angelegt und die frühere Incision stark erweitert, wobei man wiederum überall nur auf blosses Fett stiess. Immer noch unter dem Eindruck, man habe es mit einer Fettkapsel des darunterliegenden Sarkoms zu thun, wurde auf den Längsschnitt ein mächtiger Querschnitt ausgeführt, welcher wiederum grosse Fettmassen freilegte, die vom Oberschenkelperiost ausgingen und herauspräparirt wurden. Die Wunde wurde versorgt und nach 5 Tagen die Secundärnaht angelegt. Der Wundverlauf war ganz normal, wurde aber durch andere Complicationen gestört. Nach 4 Wochen war der Patient nicht im Stande, sein Knie zu strecken und noch später trat zudem eine Lähmung des anderen Schenkels hinzu, in Folge a u f s t e i g e n d e r N e u r i t i s, welche durch das Rückenmark auf die andere Seite gewandert war. Zweifellos muss der Esmarch für den Nerveninsult verantwortlich gemacht werden, wie in anderen Fällen eine unglückliche Lagerung der Extremitäten, z. B. des gestreckten Oberarmes bei Mammaextirpation zu ähnlichen unangenehmen Folgezuständen führen kann. Ist die Prognose derselben auch unter jeder, electrischer oder anderer, Behandlung eine günstige, so wird doch die Zeit der

Reconvalescenz Monate hinaus verzögert. Das Lipom hatte sich wohl vom pericapsulären Fett aus entwickelt.

Discussion:

Dr. A. Jacobi: So wie er glaubt, aus der Operationsgeschichte verstanden zu haben, handelte es sich in dem vorliegenden Falle um ein Lipom, das zum Theil diffus, zum Theil abgekapselt war. Dr. Willy Meyer: Solches Verhalten ist allerdings nicht das gewöhnliche, kommt aber vor, indem die Geschwulst an einzelnen Stellen durch die Kapsel durchbrechen kann und so zur Mischform führt. Auch in unserem Fall war sie wohl ursprünglich vollständig abgekapselt.

3) Dr. Willy Meyer stellt ferner einen Mann mit Dupuytrenscher Contractur vor, welcher schon vor 3 Jahren in London an der rechten Hand operirt worden war und bei welchem vor 1½ Jahren derselbe Zustand sich an der Linken entwickelte. Der Patient wurde im December operirt und wenn er auch nur noch schwach die Faust machen kann, so ist er doch arbeitsfähig und wir können mit dem Resultat zufrieden sein. Kocher hat uns gelehrt, dass der zu Grunde liegende Process in einer Schrumpfung der Fascia palmaris besteht und er gab auch die Haupttherapie an, indem er 87 Fälle veröffentlichte, die er durch einfache Längsschnitte zur Heilung brachte. Hier war die Operation erschwert durch vorausgegangene Operationen und die ganze Fascie musste in toto rosenkranzähnlich extirpirt werden. Man soll sich bei diesen Fällen ja nicht hinreissen lassen, Neben- und Seitenincisionen zu machen, da durch den Schrumpfungsprocess nachher klaffende Wunden entstehen, die später eventuell nur durch Transplantationen zum Schliessen gebracht werden können. Die Aetiologie dieser Schrumpfungen der Palmarfascie ist noch nicht ganz aufgeklärt, sie kommen häufig, aber durchaus nicht ausschliesslich, bei Leuten vor, die mechanischen Insulten ausgesetzt sind. Immerhin scheint doch der mechanische Insult der Palma oft eine Rolle zu spielen; so hat man die Affection bei Kaufleuten auftreten sehen, die grössere Bergtouren mit Alpenstöcken unternahmen. Daneben spielt auch die Heredität eine Rolle, so sah Kocher die Krankheit in einer Familie in drei Generationen und endlich scheinen oft neuropathische Momente im Spiele zu sein.

4) Dr. A. Jacobi zeigt die Lunge eines kleinen im Bellevue Hospital gestorbenen Kindes. Die Krankheit und der Krankheitsverlauf bieten nichts besonderes, hingegen möchte er das Präparat als Paradigma vorzeigen, wie weit der tuberculöse Process in der Lunge gehen kann. Beide Lungen sind thatsächlich von oben bis unten mit tuberculösen Infiltrationen übersät. Bei einer solchen Verallgemeinerung des Lungenprocesses würde man beim Erwachsenen schon an einzelnen Stellen Erweichung und Cavernenbildung finden.

Dr. G. Langmann erinnert daran, dass bei Kindern sonst in der Regel die Unterlappen und zwar in ihrem vollen Umfange ergriffen seien und Dr. H. Herbert erwähnt einen ähnlichen Fall aus seiner Praxis, bei dem sich an eine acute Pneumonie statt der erwarteten Restitutio eine chronische tuberculöse Entzündung anschloss, welche jetzt die ganze rechte Lunge und den linken Unterlappen einnimmt.

5) Dr. A. Jacobi zeigt ferner das Herz eines 15-jährigen Mädchens, das erst vor 8 Tagen mit Fieber erkrankte und in comatösem Zustande mit 160—170 Puls nach dem Spital transferirt wurde, wo es nach 24 Stunden starb. Das Mädchen, sonst gut gebaut, hatte Echymosen an der Kopfhaut und im Gesicht, die Augenlider waren blau unterlaufen, Blutungen in den Conjunctiven, ebenso waren Petechien an den Ohren, Hals und hinunter bis an die Brust zu verfolgen. Die unteren Körpertheile waren frei, ebenso die Schleimhäute, das Zahnfleisch intakt, Epistaxis war keine vorausgegangen. Fieber von septischem Character, systolische Geräusche an der Mitralis. Diagnose Purpura mit Ulceröser Endocratitis. Als Eingangspforte für die Infection liess sich nichts nachweisen, an der äusseren Haut keine Excoriationen, auch an den Genitalien negativer Befund, kein Ausfluss, keine Gonococcen.

Bei der Section wurden die Aortenklappen und ebenso das rechte Herz intact gefunden, hingegen war das Endocard an der Mitralis mit krümlichen Excrescenzen bedeckt, welche zahlreiche Staphylo- und Streptococcenherde aufwiesen. Leider wurden die anderen Organe nicht nachgesehen, ausser dem Darmtract, dessen Wandung bis in die Adventitia hinein Hämorrhagien darbot, während innerhalb des Darmlumens kein Blut constatirt werden konnte.

Discussion:

Dr. J. P. Oberndorfer will es unentschieden lassen, ob wir in der Endocarditis oder in der Purpura den primären Process zu erblicken haben. Wenn die Hautblutungen als embolische Infarcte aufzufassen wären, so müsste es bei der Natur der Infection an einigen Stellen wenigstens zur Abscessbildung gekommen sein. Nach seiner privaten und Dispensaryerfahrung findet man in relativ wenig Fällen von Purpura organische Herzgeräusche. Er möchte dieses Krankheitsbild in die Reihe der rheumatischen Erkrankungen eingereiht wissen. Dr. A. Jacobi wiederholt, dass man umsonst nach der Eingangspforte der Infection geforscht und dass er die Prioritätsfrage der beiden concurrirenden Krankheitsbilder unentschieden gelassen habe. Dr. Langmann möchte bei der noch bestehenden Unklarheit des Begriffes Purpura sich doch versucht fühlen, in Fällen wie dem vorliegenden die Endocarditis als das wesentliche und primäre in den Vordergrund zu stellen. Er erwähnt eines Falles aus seiner Praxis, wo sich bei einem 8-jährigen Knaben, der erst an Fieber ohne palpabe Ursache erkrankte, das Bild der Endocarditis entwickelte, worauf wiederum zahlreiche Blutungen an verschiedenen Körpertheilen auftraten. Es entstand auch eine Embolie der Arteria centralis retinae, welche aber nicht von Phthisis Bulbi gefolgt war, ein Zeichen dass keine Streptococcen dahin gewandert waren.

Dr. Oberndorfer: Bis jetzt ist der Begriff Purpura nicht genügend erklärt. Auch im Anschluss an Rheumatismus kann sich Endocarditis entwickeln. Bei maligner Osteomyelitis findet man oft auch keine Eingangspforte für die Infection.

Dr. Moschcowitz glaubt, dass die Schmerzen bei Purpura nie rheumatischer Natur seien, sondern sucht sie auf intramusculäre Blutungen zurückzuführen, welche sie durch Druck auf das

umgebende Gewebe auslösen. Das erklärt auch, warum in solchen Fällen Salycilpräparate so oft im Stiche lassen. Er hat momentan einen Patienten in Behandlung, welcher schon öfters in Nieren, Magen, Darm, Ureteren, Haut und Pleura Blutungen hatte und bei welchen diesen Blutungen regelmässig Schmerzanfälle vorausgehen. Dr. Oberndorfer: In vielen Fällen haben Sacycilpräparate guten Erfolg und oft sehen wir Purpura begleitet von richtigem Gelenkrheumatismus, sogar mit Gelenksergüssen. Dr. Schmitt: Embolien sind oft nicht als einfache Blutaustritte aufzufassen, sondern bedingt durch Blutveränderungen.

Dr. E. Grüning möchte in Betreff des von Dr. Langmann angeführten Falles berichtigen, dass es sich nicht um eine Embolie der Art. cent., sondern um zahlreiche Embolien in der Choroidea gehandelt hatte.

Dr. F. Schwyzer zeigt Präparate eines im Deutschen Hospital gestorbenen Morbus Addisonii. Der 40-jhrige Mann hatte seit 2 Jahren beständig an Kraft verloren und war vor 14 Tagen schwer krank ins Spital gebracht worden. Nachdem die ersten Tage die Symptome ganz unbestimmt gewesen waren, trat plötzlich starkes Fieber auf mit bedeutender Schwellung der Milz. Die Untersuchung des Blutes auf Malariaplasmodien, des Sputums auf Tubercelbacillen, sowie die Probe mit der Widal'schen Reaction ergaben dasselbe negative Resultat, wie die klinische Untersuchung. Vor 5 Tagen trat Retentio Urinae ein, Hyperästhesien an den unteren Extremitäten, die darauf anästhetisch wurden, während die hyperästhetische Zone nach oben rückte bis an den Nabel. Es folge Coma und Exitus.

Die Section ergab ein normales Peritoneum, welches nur in der Umgebung des Appendix einige alte Verdickungen und Verwachsungen darbot. Hingegen waren die Lungen der Sitz einer acuten Miliartuberculose, und ebenso fanden sich zahlreiche miliare Tubercel in Nieren, Leber und Milz; interessant ist die ausgesprochene Tuberculose der rechten Nebenniere, so dass man den Fall schon als Morbus Addisonii ansprechen darf, obschon die gewöhnlich anwesende Bronzefärbung der Haut fehlte. Bemerkenswerth ist noch der Befund des Rückenmarks, welches der Sitz einer tuberculösen Leptomeningitis ist. Die Dura ist stark injicirt, aber ohne tuberculöse Knötchen, hingegen ist die Pia in eine dicke sulzige Masse verwandelt, welche das Rückenmark von der Cauda equina bis ans Halsmark comprimirt.

Dr. Herbert frägt, ob der Augenhintergrund untersucht wurde, was verneint wird. Er hält diese Untersuchung für sehr wichtig, da sie zuweilen die Diagnose ermögliche, wo die anderen Methoden im Stiche lassen. Dr. Grüning hält Miliartuberculose der Choroidea für sehr selten und zudem ist die genaue Augenuntersuchung bei diesen schwerkranken Patienten in den allgemeinen Spitälern schon aus äusseren Gründen oft sehr schwer auszuführen. Er hat während 20 Jahren im Mount Sinai Hospital nur 3 Fälle gesehen.

Dr. Willy Meyer zeigt einen Blasendivertikelstein, den er einem Patienten mit septischem Blasencatarrh und hochgradiger Prostatahypertrophie durch die Sectio alta herausgeholt hatte.

Der Patient hatte sich in einem desolaten Zustande befunden und jede halbe Stunde musste er katheterisirt werden. Frühere Untersuchungen mit Steinsonden hatten nichts ergeben und ein operativer Eingriff vom Perineum aus hatte den Zustand nicht gebessert. Dann wurde zur Sectio alta geschritten. Von einem Hineinsehen in die Blase war keine Rede, hingegen konnte man einen harten Gegenstand fühlen, den man als einen Divertikelstein auffasste und mit Mühe herauspräparriren konnte. Der Vortragende betont die Nothwendigkeit, bei alten Prostatikern in solchen Fällen die Blase auf das peinlichste abzutasten, da einem sonst leicht etwas entgeht. Die Divertikel heilen nicht ohne Drainage und Abbey hat deshalb vorgeschlagen, die Divertikel in toto zu exstirpiren, den Ureter extraperitoneal herauszupräpariren, zu durchtrennen und direct in die Urethra hineinzuleiten. Der Zustand des Patienten war lange bedeutend besser, später starb er aber im Collaps und die Section ergab Thrombosen in den Beckenvenen und Embolien in der Vena iliaca und dem Herzen.

8) Dr. Willy Meyer zeigt des ferneren eine Haarnadel, welche aus einer weiblichen Blase stammte. Die Patientin hatte, gereizt durch Pruritus, mit derselben an den Genitalien herumgestochert, sie war ihr entschlüpft und durch die Urethra in die Blase gelangt. Mittelst des Cystoscops gelang es sehr schön, die Nadel zu localisiren und mittelst eines stumpfen Schielhakens wurde sie heruntergeholt.

Dr. A. Jacobi erinnert daran, dass mit der nächsten Sitzung das 41ste Jahr des Bestehens unserer wissenschaftlichen Versammlungen angetreten wird, und er lädt die Herren ein sich neben einem wissenschaftlichen Theil auf einen darauf folgenden gemüthlichen Akt vorzubereiten.

Schluss und Vertagung.

Alfred Michel, Secr.

Mittheilung vom Congress in Moskau.

Sonntag, den 22. August 1897.

Geehrter Herr Redacteur!

Wenn ich Ihnen hiermit einen kurzen Bericht meiner Erlebnisse sende, so geschieht dies weniger weil ich viel des Interessanten über den Internationalen Medicinischen Congress den Lesern der Monatsschrift mittheilen kann, als aus dem Grunde, meinem Ihnen gegebenen Versprechen nachzukommen. Dasselbe ist mir öfter durch den Kopf gegangen, als Sie sich wohl denken mögen, da ich beim Nachdenken, was ich Ihnen eigentlich schreiben sollte, fand, dass ich mich sehr schlecht für die Rolle eines Reporters, der Neuigkeiten überall sammeln soll, eigne, und persönliche Erlebnisse eines Einzelnen für einen grösseren Leserkreis doch wenig Interesse haben. Doch sehe ich, dass es anderen Collegen, die im Berichterstatten mehr Erfahrung haben wie ich, und speciell deswegen hier

sind, auch nicht viel besser geht, und will ich deshalb versuchen, einige allgemeine Eindrücke und Begebenheiten, an denen ich Theil nahm, wiederzugeben.

Vor Allem will ich constatiren, dass der Congress als Ganzes ein durchschlagender Erfolg ist — eine Thatsache, die vor Beginn desselben von mancher Seite angezweifelt worden war. Wie viel der wirkliche Gewinn für die medicinische Wissenschaft sein wird, lässt sich natürlich jetzt noch nicht sagen. Selten wird ja die Verkündigung grossartiger Entdeckungen auf solche Congresse aufgespart, aber eine Sichtung und Klärung zweifelhafter Fragen ist auch hier mit Recht zu erwarten.

Der Besuch seitens der Aerzte ist sehr zahlreich, zwischen 7000 und 8000 sollen hier sein, doch dürfte die erstere Zahl der Wahrheit näher kommen; darunter befinden sich circa 150 Amerikaner. viz., von den Vereinigten Staaten. Genaue Daten sind nicht erhältlich, da das Tagesjournal, von dem ich nebst zwei Moskauer deutschen Zeitungen Ihnen ein paar Nummern zur beliebigen Benützung schicke, blos die Ankündigungen der Sectionsprogramme, der projectirten Ausflüge und socialer Unterhaltungen, aber keine statistischen Daten bringt.

Die Eröffnung des Congresses, für welche die allgemeine Sitzung Nachmittags 2 Uhr am 19. August im grossen Moskauer Theater stattfand, war eine imposante Affaire; das sehr grosse, schöne, festlich beleuchtete Theater bis auf wenig Sitze vollständig gefüllt, die Bühne zu einer grossen Plattform umgewandelt, mit den Reprüsentanten der Wissenschaft, den Delegaten, Beamten des Congresses gefüllt, die Damen im Zuschauerraum festlich gekleidet, die Herren in Abendtoilette, machte einen sehr feierlichen Eindruck.

Nach den officiellen Einführungsreden sprachen die Delegaten in alphabetischer Ordnung, „Allemagne“ zuerst, repräsentirt durch Generalarzt von Coler, später „Les Etats Unis“,— doch konnte ich trotz eifrigsten Umherfragens den Namen der Persönlichkeit nicht entdecken, welche die wenigen Worte der Begrüssung für uns sprach. Es soll ein jüngerer Herr und Mitglied der American Medical Association gewesen sein.

An demselben Abend war brillanter Empfang der Aerzte in den immensen Kaufhallen am rothen Platz gegenüber dem Kreml. Die Hallen und Gänge sind so gross, dass sie — allerdings mit einigem Gedränge an einzelnen Stellen —,

die ganze Menge der Besucher mit ihren Damen fassen konnte. Ein äusserst üppiger russischer Lunch — und in diesem Lande isst man sehr gut, auch auf allen Bahnstationen —, der fortwährend erneuert wurde, konnte mit allen möglichen Getränken hinuntergeschwemmt werden. Sieben verschiedene Musik-Kapellen spielten mehr oder weniger zu gleicher Zeit in den Hallen, ohne in gegenseitigen Conflict zu kommen.

Es war da ein Chor aus mindestens 30 jungen, zum Theil sehr hübschen Mädchen — die Zigeunerinnen sein sollen — in einem Bogengang aufgestellt, vom electrischen Licht beleuchtet, die natürlich sehr viel Beifall fanden. Sie waren in reicher russischer Tracht gekleidet.

Ferner waren Productionen von Weissrussen, von ungarischen Sängerinnen und mehreren Militärkapellen. Eigenthümlich heimisch berührte es mich, als dieselben spät Abends deutsche Studentenlieder, darunter das alte „Gaudeamus igitur" spielten, das natürlich die ganze, in dem betreffenden Flügel sich aufhaltende Versammlung, mitsang. Da blos auf den Gallerien einzelne wenige Sitze aufgestellt waren, und die Hauptmasse sich unten bewegte, auch Essen und Trinken blos stehend eingenommen werden konnten, so waren Scenen, wie wir sie im Berliner Rathhaus gesehen, nicht möglich.

Gestern war wieder allgemeiner Empfang der Congressionisten von Seite der Moskauer Aerzte in einem der vielen grossen Parks an der Stadtgrenze im Freien, da gottlob das Wetter mit Ausnahme einer unausstehlichen Hitze am Tage den Congress bestens begünstigte.

Die grösste Fête, die ich jedoch je mitmachte, war das Diner in einem Park, das vorgestern der Präsident Slepanow und Secretär Belayeff ihrer Section — der laryngologischen — gab. Eine solche Ueberschwenglichkeit an Allem, was gut und theuer ist, habe ich, obwohl schon an manchen Congressen anwesend, nie gesehen. Das kalte Voressen allein — in einem besonderen Locale servirt — übertraf in seiner Reichhaltigkeit und Güte Alles, was mir vorgekommen. Dann kam erst das eigentliche Diner, das mit den verschiedensten russischen Getränken und unter Gesangsproductionen verschiedener Künstler und Künstlerinnen sich bis tief in die Nacht hineinzog.

Trotz aller dieser Feierlichkeiten wird jedoch wenigstens in meiner Section tüchtig gearbeitet. Schon am ersten Tag — dem 19. — hatten wir Abends eine constituirende Sitzung, in

der Ihr Berichterstatter die Ehre hatte, zum Ehrenpräsidenten ernannt zu werden. Als solcher präsidirte ich gestern während der längeren Vorträge und der animirten Debatte über Larynxkrebs in der bei uns üblichen New Yorker Weise, die sehr vortheilhaft von der von manchen — auch gelehrten — Herren geübten dictatorischen Weise sich unterscheidet. Ich hatte auch das Vergnügen, mit meinem Vortrag über Behandlung der Larynxtuberculose die Verhandlungen meiner Section zu eröffnen, da dies als erster Gegenstand auf die Tagesordnung gesetzt worden und der andere Referent nicht erschienen war. Sogar heute Morgen am Sonntag hatten wir eine dreistündige Sectionssitzung, und Sie sehen daraus, dass wir über dem Vergnügen die Arbeit nicht vergessen.

Ich könnte Ihnen noch viel über dieses wunderbare fremdartige Land schreiben, in dem man sogar mit einem guten Plan in der Stadt sich nicht zurecht finden kann, wenn man die russischen Buchstaben der Strassenbezeichnungen nicht lesen kann, aber ich fürchte, langweilig zu werden und man muss für solche Berichte sich die Zeit förmlich stehlen. Nur will ich Ihnen noch sagen, dass ich die Messe in Nischni Nowgorod besucht, und mich sehr gefreut habe, einmal die Wolga gesehen zu haben.

Vielleicht noch einmal einen kurzen Bericht.

Ihr ergebener

Dr. J. W. Gleitsmann.

Therapeutische und klinische Notizen.

— Die Deutsche Medicinische Wochenschrift vom 19. August enthält nicht weniger als sechs Originalartikel, welche sich mit Koch's neuem Tuberculin beschäftigen, nämlich: 1) Aus der Universitätsklinik für Hautkrankheiten in Bonn. Kurze Mittheilungen etc. von Prof. Doutrelepont (spricht sich günstig aus über den Einfluss des TR bei Lupus); 2) Aus der medicinischen Universitätsklinik in Greifswald, Ueber die in der med. Klinik mit dem neuen Tuberculin Koch bisher erzielten Resultate von Dr. Bruno Leick (glaubt, dass bei genügender Vorsicht und genauer Beobachtung der Temperaturcurve üble Nebenwirkungen des TR nicht zu befürchten seien, überlässt aber die Entscheidung der Frage, ob dem Präparat eine specifische Heilwirkung gegen Tuberculose zukomme, der Zukunft); 3) Aus der medicin. Abtheilung des Allgemeinen Krankenhauses in Hamburg-Eppendorf, Zur Behandlung der Lungentuberculose, mit besonderer Berücksichtigung der Wirkung des Tuberculins R von Prof. Dr. Rumpf, (fasst seine Resultate in folgenden Schlusssätzen zusammen: Sie sehen, meine Herren, die Resultate der Behandlung mit TR sind bisher keine übermässig glänzenden und fordern, was die Lungentuberculose betrifft, zur äussersten Vorsicht und Skepsis auf); 4) Aus der Abtheilung für Ohrenkranke am Charité-Krankenhause in Berlin, Ein Fall von Erkrankung an acuter tuberculöser Mittelohrentzündung während einer Cur mit Neutuberculin von Stabsarzt Dr. Richard Müller (nach Befürchtung des Verfassers scheint das neue Tuberculin gerade wie das ursprüngliche auf das Mittelohr keinen günstigen Einfluss auszuüben); 5) Das Tuberculinum R bei Larynxtuberculose von Dr. J. Herzfeld. (Von 7 citirten und beobachteten Fällen sah Autor nur in einem eine Besserung eintreten und ist der Ansicht, dass in den übrigen Fällen, in denen wegen der Beobachtung die locale Behandlung unterbrochen wurde, dieselbe entschieden mehr geleistet haben würde); 6) Vorläufige Mittheilungen über Anwendung etc. von Dr. Baudach, leitendem Arzt des Sanatoriums Schönberg (Im Gegensatz zu den vorigen Autoren glaubt Verfasser bei seinen Versuchen mit dem neuen Mittel eine entschieden günstige Beeinflussung des Krankheitsprocesses constatirt zu haben und gedenkt seine Versuche mit bestem Vertrauen fortzusetzen, wenn auch selbstverständlich nur in Verbindung mit einem allgemeinen hygienisch-dietätischen Heilverfahren und der Freiluftcur).

— Ueber die Beziehungen der Lepra zu der Syringomyelie und der Morvan'schen Krankheit haben Archard, Kalindero und Marinesco in der Société médicale des hopitaux Folgendes mitgetheilt: Im Gegensatz zu Schultze, Charcot, Hoffmann u. A. hat Zambaco die Identität der Lepra und Syringomyelie behauptet. Nach den Untersuchungen der berichteten Autoren sind diese beiden Erkrankungen aber anatomisch, pathogenetisch und klinisch unterschieden. Was letzteren Punkt zunächst anbelangt, so sieht man bei Leprösen zuweilen eine Veränderung der Physiognomie des Gesichts, welche bei der Syringomyelie nicht vorkommt; eine Diplegia facialis mit Atrophie der oberflächlichen Gesichtsmuskeln und Herabsetzung der faradischen und galvanischen Erregbarkeit. Ferner findet sich bei der

Lepra öfters eine typische Veränderung der Hände, kurze, verstümmelte, nach aussen gekrümmte Finger. Bei der Aufnahme solcher Hände mittelst Röntgenstrahlen sieht man eine Atrophie oder vollständigen Schwund der beiden letzten Phalangen. Die Finger sind schmal, zuweilen kommen an ihnen Spontanfracturen vor. Infolge des Zugrundegehens der Knochensubstanz bilden sich in einiger Entfernung voneinander narbige Ringe, welche zur Abschnürung und spontanen Amputation der Fingerenden führen können. Bei der Lepra fehlt dagegen stets die Verkrümmung der Wirbelsäule. Die trophischen Störungen an den unteren Extremitäten, welche bei der Syringomyelie selten sind, finden sich bei der Lepra sehr häufig. Die Patellarreflexe sind bei dieser Erkrankung aufgehoben oder herabgesetzt, bei der Syringomyelie dagegen gesteigert. Schliesslich sind noch die Sensibilitätsstörungen differentialdiagnostisch zu verwerthen. Bei der Lepra kommen nur ausnahmsweise Veränderungen der Sensibilität am Rumpfe vor, an den Extremitäten in Form anästhetischer Tafeln, in anderen Fällen grössere Segmente mit unregelmässigen Rändern. Bei der Syringomyelie sind die Sensibilitätsstörungen ganz anderer Art, vor allem streng symmetrisch. Schliesslich sind bei der Lepra auch der Temperatur- und Tastsinn abgestumpft.—Berl. klin. Woch. No. 33.

— Die Umwandlung der Blatternblasen in Pusteln beruht nach A. Bryan (Med. Record, 18. Juli, 1896, referirt in Monatshefte für Pract. Derm. 15. Juli, 1897) auf secundärer Infection der Blasen durch die auf der Haut befindlichen Eiterpilze; sie kann durch energische Desinfection der Haut während des Prodromal- und papulösen Stadiums hintangehalten werden. B. hat in einem Fall Hände und Vorderarme mit Seife gereinigt, dann mit Alcohol, Sublimat 1:500, Wasserstoffsuperoxyd gewaschen und mit dicker Lage von Borwatte bedeckt. Während am ganzen übrigen Körper reichliche typische Pusteln auftraten, wurden dieselben an der desinficirten Partie nur ganz vereinzelt beobachtet. Jede der Waschungen hat 15 Minuten zu dauern und ist täglich zu wiederholen.

— Prophylaxe der sogenannten scrophulösen Ophthalmien. Gordon Norrie-Kopenhagen theilt in der Hosp.-Tid., 1896, No. 3 (referirt in Unna's Mon. f. Pr. Derm., 1. Nov., 1896) mit, dass er bei seinen Fällen von sog. scrophulöser Opthalmie fast stets die Gegenwart von Pediculi capitis constatiren konnte. Die Patienten werden unrichtig als Scrophulöse bezeichnet; in Wirklichkeit leiden sie nur an Eczem und Impetigo mit consecutiven Drüsenschwellungen infolge der Pediculosis. Verfasser ist daher überzeugt, dass Pediculi und nicht Scrophulose die Ursache dieser Opthalmien sind, welche dadurch hervorgerufen werden, dass das Kind Secret der Hautaffection in die Augen hineinreibt. Wenn die Pediculosis beseitigt ist, heilt auch die Augenaffection überraschend schnell, um mit einer neuen Pediculosis wieder zu recidiviren. Auch wirkliche Scrophulose mag Opthalmien hervorrufen, doch nur in den wenigsten Fällen. In prophylactischer Hinsicht hat diese Auffassung die allergrösste Bedeutung.

— Casate empfiehlt folgende Combination von Eisen und Arsenik bei der Behandlung der Chlorose: Ferro-Kali tartaric. 4,0,

Solut. Kali arsenicos. 4,0, Aq. dest. 12,0. Vor jeder Mahlzeit 5—10 Tropfen in etwas Wein zu nehmen.—Pharm. Centralbl., No. 28.

— Queyrat stellte in der Société médicale des hopitaux zwei Patienten mit ausgesprochener fortgeschrittener Tuberculose vor, bei welchen weder das Fettpolster noch die Musculatur im geringsten durch den allgemeinen Krankheitsprocess etwas von ihrem Volumen eingebüsst hatten. Sind auch solche Fälle von Lungentuberculose bei erhaltener Körperfülle recht selten, so wurden doch in der Discussion von Chauffart u. A. Fälle erwähnt, wo Männer mit Tuberculose selbst im zweiten Stadium noch fähig waren, die schwersten Arbeiten zu verrichten.

— In der Sitzung der Royal Society Edinburghs vom 5. Juli gab Prof. Fraser einen Bericht über seine neuesten Versuche über Antidote gegen Schlangenbiss. Er experimentirte mit der Galle der africanischen Cobra, der Puffotter, Klapperschlange und der sehr giftigen Grasschlange und erprobte ihre antidotische Wirkung gegenüber dem Gift der africanischen und indischen Cobra. Zu den Versuchen wurden stets Kaninchen benutzt. Es gelang nun durch Vermischen der Schlangengalle mit Schlangengallengift, die sonst tödtliche Dosis desselben unschädlich zu machen. Schon geringe Mengen der Galle, geringer als die des Giftes, genügten, um diese Wirkung hervorzubringen. Spritzte er den Thieren Galle allein unter die Haut, so wirkte dieselbe stark giftig; es gelang ihm aber, den antidotisch wirkenden Körper aus der Galle zu isoliren und das Gift unschädlich zu machen. Versuche mit dem rein dargestellten Körper ergaben, dass er als Antidot gegen Schlangengifte dem Serum der mit Schlangengift immunisirten Thiere mindestens gleichwerthig, wenn nicht überlegen sei.—Deutsche Med. Wochensch., pag. 550.

— Ueber die Entstehung des Erythems nach der Röntgographie hat sich Balthanard in der Société de Biologie in Paris (17. Juli) dahin geäussert, dass es gar nicht die Wirkung der X-Strahlen sei, sondern des electrischen Stromes. Er hat es bei sich selbst an den Fingern entstehen sehen, wenn er diese dem Leitungsdraht näherte, dagegen nicht bei der Annäherung an den Inductor, der die X-Strahlen erzeugt. Man kann das Erythem verhüten, wenn man entweder den Inductor mindestens 25 cm. von der Hand des Untersuchten hält oder ein dünnes Aluminiumblättchen, das mit dem Boden verbunden ist, zwischenschiebt. Man kann die Ausstrahlungen des electrischen Stromes auch unterdrücken, wenn man die Häufigkeit der Entladungen in dem Inductor herabsetzt. Das Nähere der Einrichtung des Apparates ist im Original nachzulesen. Nach Angabe B.'s kann man den Inductor der Haut bis auf 5 cm. ohne Schaden nähern.—Berlin. Klin. Wochensch., No. 33.

— Dr. Lydia Rabinowitsch hat im Auftrag von Geh. Med. Rath Dr. Koch sich der Aufgabe unterworfen, eine Reihe von 80 Proben von Marktbutter auf Tubercelbacillen zu untersuchen. (Deutsche Med. Wochenschrift No. 32). In sämmtlichen 80 untersuchten Butterproben, die aus verschiedenen Butterhandlungen, Markthallen etc. bezogen waren, fanden sich nicht ein einziges Mal Tubercelbacillen, die

durch Züchtung und pathologisches Verhalten im Thierexperiment als echte Tubercelbacillen angesprochen werden konnten. • Dagegen riefen 23 Butterproben = 28,7 Prozent bei Meerschweinchen Veränderungen hervor, die sowohl macroscopisch wie microscopisch das Bild der echten Tuberculose vortäuschen konnten, jedoch bei genauer Untersuchung sich mit Leichtigkeit von derselben unterschieden. Es handelte sich dabei um bisher noch nicht beschriebene Bacillen, welche tinctoriell und morphologisch zwar den Tubercelbacillen sehr nahestehen, sowohl culturell jedoch, als auch ihren pathogenen Eigenschaften nach bedeutend von dem echten Tuberculoseerreger abweichen. Nach Dr. Rabinowitsch finden sich demnach virulente Tubercelbacillen selten, wenn überhaupt, in der käuflichen Marktbutter, ein Befund, der allerdings mit demjenigen anderer Autoren, vor allem Obermüller (Hygienische Rundschau, 1897, 15. Juli), sich nicht deckt.

— Schon seit geraumer Zeit ist es bekannt, dass einige Bacterienarten, wie z. B. der Milzbrandbacillus, der Typhusbacillus, eine Reihe von thierpathogenen Bacterien u. s. w. vom Darme aus in den Körper eindringen können, wie es bei der Haut und den Schleimhäuten schon lange feststeht. Entweder genügen bei der Haut und den Schleimhäuten minimale Lücken für das Einwandern gewisser Bacterienarten in den Säftestrom, oder es verursachen einzelne Bacterien an sich schon gewisse Defecte, die ihr weiteres Vordringen gestatten. Für den Darm hat man nun von verschiedenen Seiten behauptet, dass schon unter normalen Verhältnissen, oder wenigstens bei ganz geringen Veränderungen, wie z. B. bei venöser Stauung Bacterien aus dem Darm in die Circulation gelangen können. Die Beantwortung dieser Frage ist schon aus dem Grunde sehr wichtig, dass sowohl Menschen als Thiere gewisse pathogene Bacterien ohne schlimme Folgen im Darm beherbergen können und auch thatsächlich sehr oft — ich erinnere nur an den Tetanusbacillus und an den Bacillus des malignen Oedems — im Darme als harmlose Schmarotzer beherbergen. Neisser stellt daher eine Reihe von Versuchen an und konnte an der Hand derselben folgendes feststellen: 1. Der normale Chylus ist auch bei reichlichster Bacterienverfütterung absolut keimfrei und besitzt auch keine bacterientödtende Eigenschaft, wie von mancher Seite behauptet war. 2. Es geht auf dem Lymphwege normaler Weise nicht ein einziges Bacterium durch Resorption oder Durchwachsen in die Circulation über. 3. Auch die Versuche, welche angestellt wurden, um den etwaigen Uebergang saprophytischer Bacterien unter pathologischen Verhältnissen, d. h. nach Erzeugung eines heftigen Darmcatarrhs, bezw. den Uebergang pathogener Bacterien unter normalen und unter pathologischen Verhältnissen zu erweisen, fielen negativ aus; es ist also nach diesen Untersuchungen der Darm nicht als eine allgemein benutzte Eingangspforte für Bacterien unter normalen und pathologischen Verhältnissen anzusehen.—(Centralbl. f. allg. Gesundheitspflege, p. 363, 1897. Referat über: Neisser's Artikel Ueber die Durchgängigkeit der Darmwand für Bacterien in Zeitsch. f. Hyg. Bd. 22, S. 12—32).

— „Man ist sicherlich mit vielen Anordnungen, welche auf Grund bacteriologischer Befunde getroffen wurden, weit über das Ziel hinausgeschossen und hat durch dieselben mehr geschadet als genützt. In

den letzten Jahren wurden die Zweifel immer lauter und darum wirkt das vorliegende Werk wie eine erlösende That", so spricht sich in einem gediegenen Referat Abel in der Berl. Klin. Woch., p. 749, über ein soeben erschienenes Werk von M e n g e und K r ö n i g, Leipzig, aus (Bacteriologie des weiblichen Genitalcanals. Zwei Theile. Leipzig. Verlag von Arthur Georgi, vormals Eduard Besold, 1897). Wir erlauben uns, mit dem Referenten die aus den gewonnenen Resultaten gezogenen Schlüsse, welche für den practischen Arzt von Interesse sind, hier ebenfalls wiederzugeben.

1. Bacteriologie des Genitalcanales der Nichtschwangeren und Nichtpuerperalen Frau. (M e n g e). An der normalen Vulva ist die Bacterienflora eine sehr wechselnde; meist anaerobe Saprophyten, mitunter auch infectiöse Bacterien, wie Staphylococcus pyogenes aureus, Streptococcus pyogenes, Bacterium coli commune, Gonococcus Neisser, Bacillus Tuberculosis. Eine specifisch gonorrhoische Vulvitis existirt wahrscheinlich weder bei Erwachsenen noch bei Kindern. Die eiterige Entzündung der Harnröhrenschleimhaut ist fast ausschliesslich durch den Gonococcus Neisser bedingt. Die Bartholinitis ist in den meisten Fällen eine gonorrhoische Erkrankung. Das Gebiet der Vulva ist nicht immer aseptisch. Die Reaction des Scheidensecrets ist von Hause aus eine schwach saure. Dasselbe übt zu jeder Zeit des Lebens eine experimentell nachweisbare, sich nur in einer bestimmten Richtung bewegende bacterienfeindliche Wirkung aus. Diese Wirkung ist am kräftigsten während der Schwangerschaft und in der keimhaltigen Scheide der Kinder und der Virgo intacta, weniger in der Scheide der geschlechtsreifen, nicht schwangeren und der climacterischen Frau. Die Möglichkeit einer Spontaninfection und einer bacteriellen spontanen Intoxication des Organismus intra partum ist sehr wahrscheinlich. Eine Kolpitis gonorrhoica existirt wahrscheinlich nur bei Kindern. Da das Gebiet der Scheide der einige Zeit intravaginal unberührt gewesenen Schwangeren immer als aseptisch anzusehen ist, ist in der Geburtshülfe die Handhabung einer strengen Asepsis geboten. Vor Operationen, welche das Gebiet der Scheide an nicht schwangeren Frauen irgendwie tangiren, soll die Scheide durch die Handhabung antiseptischer Massregeln möglichst keimarm gemacht werden. Der äussere Muttermund bildet bei dem schwangeren und nicht schwangeren Weibe unter gewöhnlichen Verhältnissen die Grenze zwischen bacterienhaltigem und bacterienfreiem Abschnitte des Genitalcanals. Sowohl bei der acuten, als auch bei der chronischen Uterusgonorrhoe findet sich der Gonococcus Neisser allein ohne andere Keime in der Uterushöhle. Der Cervicalschleim besitzt bactericide Eigenschaften. Die normalen Tuben sind immer keimfrei, vorausgesetzt, dass das Peritoneum nicht tuberculös erkrankt ist. Der Inhalt und die Wandungen von Eitertuben sind überwiegend keimfrei. Am häufigsten lässt sich als ätiologisches Moment der Salpingitis purulenta der Gonococcus Neisser im Tubeneiter nachweisen. Derselbe findet sich auch in den Tubenwandungen. In ca. 10 Prozent aller Eitertuben ist der Bacillus Tuberculosis als Pyosalpinxerreger im Eiter und in den Tubenwandungen nachzuweisen. Bei der Beurtheilung der Therapie dieser Erkrankung lässt sich Verfasser von der Annahme leiten, dass die primäre

Eileitertuberculose relativ häufig sei. Wenn dies sich in der That bewahrheiten sollte, so würde es von grosser Bedeutung sein; es müssten an einem grossen Materiale nach dieser Richtung hin Untersuchungen angestellt werden. Es existiren puerperale Ovarialabscesse, welche durch Gonococcen veranlasst sind. Die Ovarialtuberculose ist nicht so selten, wie dies von Virchow unter anderem geschildert wurde. Bei den spontan entstehenden bacteriellen Erkrankungen des Peritoneums kommen neben Darmbacterien eigentlich nur Gonococcen und Tubercelbacillen in Betracht.

2. Bacteriologie des Genitalcanales der schwangeren, kreissenden und puerperalen Frau. (K r ö n i g). Der Scheide der Schwangeren, unabhängig von der Art des Secretes und unabhängig von der Art der Scheidensaprophyten, wohnt eine bactericide Kraft inne. Der Einfluss des Touchirens während der Geburt macht sich in gleicher Weise bei der Schwangeren mit normalem Secret geltend wie bei denen mit pathologischem Secret. Von besonderem Interesse sind die Resultate, welche bei den Versuchen mit Scheidenausspülungen gewonnen werden:

a) Es ist nicht möglich, mit unseren gebräuchlichen Desinficientien: Lysol in einer Verdünnung von 10 Proz. und Sublimat in 10-pro Millelösung absichtlich oder zufällig in den Scheidencanal eingeführte Microorganismen bei einfacher Scheidenspülung zu vernichten.

b) Die Scheidenspülungen entfernen mechanisch und zerstören chemisch das Scheidensecret, wodurch die bactericide Kraft der Scheide für eine gewisse Zeit aufgehoben wird. Hieraus folgt also, dass die Scheidenspülungen eher schädlich als nützlich sind. Jede Fiebersteigerung in der Geburt lässt einen pathologischen Vorgang im Organismus der Kreissenden vermuthen. Die Fruchthöhle ist unter normalen Verhältnissen keimfrei. Der Cervicalcanal kann wie in der Schwangerschaft auch bei der Kreissenden als keimfrei angesehen werden. Das Fieber bei inficirten Kreissenden kann hervorgerufen sein 1) durch das Eindringen infectiöser Microorganismen in das mütterliche Gewebe; 2) durch die ausschliessliche Resorption von Toxinen, gebildet durch die Stoffwechselproducte pathogener Microorganismen an der Oberfläche des Genitalcanales, ohne dass die Bacterien selbst sich im Gewebe angesiedelt haben. Die puerperale Uterushöhle ist unter normalen Verhältnissen keimfrei. Das normale Endometrium des puerperalen Uterus besitzt bactericide Kraft. Das Vorkommen und die Entwicklung von Microorganismen in der puerperalen Uterushöhle hat pathologische Bedeutung. Der anatomische Bau der Placentarstelle macht das Puerperalfieber zu einer specifischen Wundinfectionskrankheit. In keinem einzigen Fall gelang es, durch eine Spülung mit Antisepticis eine Keimfreiheit des Cavum Uteri zu erlangen. Bei der durch Gonococcen hervorgerufenen Endometritis der Wöchnerinnen ist die Prognose quoad vitam günstig, quoad functionem ungünstig zu stellen. Die Therapie ist dieser Krankheit gegenüber ziemlich machtlos. Jede locale Behandlung ist streng contraindicirt. Die allgemeine Therapie hat in Bettruhe, Bädern etc. zu bestehen. Auch ohne innerliche Untersuchung, allein durch die Dammschützung mit nicht völlig keimfreien Händen kann eine puerperale Infection erfolgen. Den Schluss

des ganzen Werkes bildet die Besprechung der Selbstinfection, über welche K. zu folgender Ansicht gekommen ist: 1) Eine autogene Infection mit endogenen Bacterien der Scheide ist für den Streptococcus pyogenes, den Staphylococcus pyogenes aureus, das Bacterium coli nicht anzunehmen. 2) Eine autogene Infection mit den endogenen Bacterien der intacten Haut ist für alle puerperalen Processe möglich. Aus obiger kurzen und unvollständigen Uebersicht kann man schon ersehen, wie bedeutungsvoll die Resultate der von Menge und Krönig angestellten Untersuchungsreihen für die Prophylaxe und Therapie der Erkrankungen des Genitalcanals, speciell der Geburt und des Wochenbettes, sind.

Kleine Mittheilungen.

— Die American Pediatric Society hat beschlossen, Nachforschungen anzustellen über das Vorkommen von Scorbut bei Kindern in Amerika und wendet sich deshalb an alle Fachgenossen mit der Bitte, ihr über vorkommende und vorgekommene Fälle Mittheilung zu machen, selbst über solche, welche schon anderweitig veröffentlicht wurden. Von allfälligen Mittheilungen wird in einer Weise Gebrauch gemacht werden, dass dadurch in keiner Weise der Werth einer späteren Veröffentlichung derselben beeinträchtigt werden soll. Irgend eines der Mitglieder des Comités ist bereit, auf Verlangen Fragebogen einzuschicken. Jedem, der einen oder mehrere Fälle einsendet, wird später der Sammelbericht zugesandt werden. Das Comité besteht aus den Herren: J. P. Crozer Griffith, M.D., Chairman, 123 S. 18th St., Philadelphia; William D. Booker, M.D., 853 Park Ave., Baltimore; Charles G. Jennings, M.D., 457 Jefferson Ave., Detroit; Augustus Caillé, M.D., 753 Madison Ave., New York City; J. Lovett Morse, M.D., 317 Marlboro St., Boston.

— Der Londoner Correspondent der Deutschen Med. Wochenschrift stellt der Bevölkerung von London ein lobendes Zeugniss aus, das man wohl auch der New Yorker bei ähnlichen Gelegenheiten nicht versagen kann. „Um eins müssen wir die Engländer beneiden, das ist die wunderbar ruhige Haltung der Menschenmenge, die, mehrere Millionen stark, gekommen war, um sich den Umzug anzusehen. In allen Hospitälern, die auf der Route des Festzuges lagen, waren die weitgehendsten Vorbereitungen getroffen, um Verunglückte aufnehmen zu können, zahlreiche Ambulanzen sollten für den Strassendienst sorgen, und was ereignete sich? Mit Ausnahme einer beträchtlichen Anzahl von Ohnmachtsanfällen, meistens die in Reih und Glied aufgestellten Soldaten betreffend, kam überhaupt nichts vor, und das Alles ohne polizeiliche Bemutterung. Jeder wusste, dass nur durch seine Ruhe, sein Nichtdrängen ein Unglück verhütet werden konnte, und jeder handelte darnach."

— Der 12. Internationale Medicinische Congress in Moskau wurde am 26. August feierlich geschlossen. Als Versammlungsort für den nächsten Congress ist Paris gewählt. Prof. Lannelongue ist zum Präsidenten, Prof. Chauffard zum Generalsecretär ausersehen

worden. Der Congress hat den städtischen Preis in der Höhe von 5000 Franken dem Begründer des rothen Kreuzes, Henri Dunant, verliehen.

— Die Flückiger-Medaille — gestiftet zum Andenken des am 11. December 1894 verstorbenen Professors Dr. Flückiger, Directors des pharmaceutischen Instituts der Universität Strassburg — wurde dieses Jahr zum ersten Male vertheilt., und zwar an Dr. Edward Morell Holmes, Director des Museums der Britischen Pharmaceutischen Gesellschaft, in Anbetracht seiner verdienstvollen Forschungen auf dem Gebiete der Pharmacognosie.

— Die internationale Lepraconferenz, welche im October in Berlin zusammentritt, unterscheidet sich von anderen wissenschaftlichen Versammlungen und Congressen durch ihre engere Begrenzung. Die Theilnahme beschränkt sich nämlich auf Diejenigen, welche sich ärztlich oder literarisch mit den Leprafragen bisher beschäftigt haben. Ausserdem werden nur solche Herren erscheinen, die von ihrer Staatsregierung dazu angeregt oder beauftragt sind. In diesem Sinne haben ausser anderen, bereits genannten auch die Regierungen der Vereinigten Staaten von Nordamerika, von Grossbritannien, Belgien und Ungarn die Aufmerksamkeif der betheiligten Kreise auf die Conferenz gelenkt und die Förderung des Unternehmens zugesagt. — Grossbritannischerseits wird die Abhaltung derselben auch zur Kenntniss der Gouverneure der britischen Colonien gebracht werden und die Regierung der Vereinigten Staaten von Nordamerika hat beschlossen, sich bei den Berathungen durch die Aerzte James D. Gatewood von der Marine der Vereinigten Staaten und J. J. Kinyoun vom United Marine Hospital Service vertreten zu lassen. Als Commissar des Deutschen Reichs werden an der Conferenz theilnehmen: seitens des Reichsamt des Innern der Geheime Regierungsrath Bumm, seitens des Kaiserlichen Gesundheitsamtes der Director desselben, Wirkliche Geheime Oberregierungsrath Dr. Köhler und die Mitglieder Regierungsrath Dr. Petri und Dr. Kübler. Der Hamburger Senat hat mit der amtlichen Vertretung den Medicinalrath Dr. Reincke in Hamburg beauftragt.—Münch. med. Woch.

— Der internationale Congress für Erforschung der Tuberculose wird im Juli nächsten Jahres unter dem Vorsitz von Nocard in Paris abgehalten werden. Es sind folgende vier Fragen zur Discussion gestellt: 1. Ueber Sanatorien als Mittel zur Verhütung und Behandlung der Tuberculose. 2. Ueber Heilsera und Antitoxine in der Behandlung der Tuberculose. 3. Ueber die Bedeutung der Röntgenstrahlen für die Erkenntniss und Behandlung der Tuberculose. 4. Die Bekämpfung der Tuberculose der Thiere durch prophylactische Massnahmen.

— Der vierte französische Congress für innere Medicin wird am 12. April 1898 in Montpellier unter dem Vorsitz von Bernheim (Nancy) stattfinden. Als Themata sind auf die Tagesordnung gesetzt: 1. Klinische Formen der Lungentuberculose. 2. Bacterienassociationen und Mischinfectionen. 3. Therapeutische Verwendung der Organe mit innerer Secretion.

— Vom 6.—8. September 1897 fand in Brüssel (Palais des Acadé-

mies) die zweite internationale Conferenz für Hygiene und Gesundheitsdienst der Eisenbahnen und der Schifffahrt statt.

— In origineller und nachahmenswerther Weise hat in der Stadt Erfurt der Magistrat den Kampf gegen die Lungentuberculose aufgenommen. Er errichtet eine Untersuchungsstation, in welcher Sputa unentgeltlich auf Bacillen untersucht werden. Die diesbezügliche amtliche Bekanntmachung wurde am 20. April 1897 erlassen und verdient weiter bekannt zu werden. In derselben heisst es: „Um die Lungenschwindsucht zu bekämpfen, welcher im deutschen Reiche alljährlich Tausende zum Opfer fallen, bieten wir von heute ab Gelegenheit zur kostenlosen Untersuchung von Krankenauswurf auf Tuberculbacillen. Wir hoffen durch diese Einrichtung beizutragen, dass jene ernste Krankheit möglichst frühzeitig festgestellt, und alsdann ein nicht geringer Theil der Erkrankten wieder der Genesung zugeführt wird. Schwindsucht ist heilbar, wenn sie frühzeitig erkannt wird. Wir wollen aber durch diese Massregel zu verhüten suchen, dass sich die Schwindsucht weiter verbreitet, denn sie ist eine ansteckende Krankheit. Scheinbar harmlos ist ihr Anfang. Ein geringer Husten mit wenig Auswurf kann lange Zeit das einzige Symptom sein, bis dann plötzlich eine alarmirende Wendung eintritt. In jener langen Zeit enthält der Auswurf aber schon die Ansteckungskeime der Schwindsucht, welche die nächste Umgebung der Patienten, Angehörige und Arbeitsgenossen, am meisten bedrohen. Weil man durch richtige Behandlung solchen Krankenauswurfes die Ansteckungsgefahr für die Umgebung beseitigen kann, ist die frühzeitige Untersuchung des Auswurfs auf Tubercelbacillen auch nach dieser Richtung hin sehr werthvoll. Wir ersuchen desshalb jedermann auf das dringendste, von der neuen Einrichtung gegebenenfalls Gebrauch zu machen, und ermahnen besonders die Angehörigen jedes Menschen dazu, der mit wochenlangem Husten behaftet ist und die Sorge der Seinigen vielleicht für ganz überflüssig hält. Wer eine solche Untersuchung wünscht, wolle sich an das Polizeirevier seines Bezirks wenden, wo zur Aufnahme des Auswurfs besondere Fläschchen ausgegeben werden und alles weitere zu erfahren ist.“ In den Polizeirevieren werden numerirte Fläschchen, die zur Hälfte mit 3-prozentiger Carbollösung gefüllt sind, bereit gehalten und auf Verlangen abgegeben. Die mit dem Sputum versehenen Fläschchen werden vom Publicum auf den Polizeirevieren niedergelegt, von den letzteren an einem bestimmten Tage abgeholt und dem Krankenhaus zur Untersuchung übersandt. Die Resultate der Untersuchung werden vom Krankenhause der Polizei mitgetheilt und von dieser an die bestimmten Personen übermittelt. Eine Anweisung für die Behandlung des Auswurfs, bezw. der mit ihm geschickten Fläschchen und eine dringende Ermahnung für die jenigen Fälle, bei denen Tubercelbacillen im Sputum gefunden worden sind, wird auf gedruckten Zetteln geliefert.—Deutsch. med. Wochenschr. No. 28.

— Das Centralblatt für allgemeine Gesundheitspflege (1897, p. 105) theilt einige interessante Resultate mit, welche in Berlin genaue statistische Studien über den Einfluss der Ernährungsweise auf die Kindersterblichkeit ergaben. Von 493,363 innerhalb eines Jahres ('89—'90)

in Berlin lebend geborenen Kindern sind 48,058 statistisch erfasst worden, und zwar 39,312 bei der Volkszählung und 8746 nach den Todtenscheinen. Von diesen Gestorbenen waren 1086 nur mit Muttermilch, 5542 mit Thiermilch, 213 mit Brust- und Thiermilch, 36 mit Ammenmilch u. s. w. ernährt worden; über 1479 lag eine Angabe nicht vor. Der Sterblichkeitscoefficient (in Promille der gleichzeitig Lebenden) ist für jede Alterswoche errechnet worden, er betrug im Durchschnitt:

Für die mit Muttermilch ernährten Kinder	1,95
" " Ammenmilch	1,38
" " Brust- und Thiermilch ernährten Kinder	13,97
" " Brustmilch und Surrogaten ernährten Kinder	34,28
" " Thiermilch allein	9,58
" " Thiermilch und Surrogaten	29,70
Im Ganzen	5,87

Die so geringe Sterblichkeit der ausschliesslich mit Muttermilch ernährten Kinder ist insofern besonders hervorzuheben, als diese Kinder hauptsächlich der minder bemittelten Bevölkerung angehörten, z. B. häufiger bei abhängigen als bei selbstständigen Gewerbetreibenden gefunden worden sind.

— Nach der Vossischen Zeitung stellt sich das Verhältniss der Anzahl der Aerzte zur Bevölkerungszahl in folgender Weise in den grösseren Städten Deutschlands. Es kommt je ein Arzt in Charlottenburg auf 624 Einwohner, in Halle a. S. einer auf 684, München 778, Frankfurt a. M. 785, Berlin 807, Stuttgart 810, Dresden 943, Leipzig 1082, Aachen 1162, Köln a. Rh. 1250, Hamburg 1284, Nürnberg 1336, Bremen 1364, Chemnitz 1987, Crefeld 2145.

— Unter den letzten 4593 Fällen, die im Pathological Department of the Manchester Royal Infirmary obducirt wurden, fand Kelhynak 32 Mal eine Ruptur von Aortenaneurysma. Davon betrafen 30 männliche Personen und nur 2 weibliche. Das jüngste Alter, in dem diese Todesursache festgestellt werden konnte, war 20 Jahre, das höchste 65 Jahre. Die meisten Aneurysmen betrafen den Arcus Aortae. Die Ruptur erfolgte: ins Pericard 13 Mal; in die linke Pleura 7 Mal; in den Oesophagus 3 Mal; nach Aussen 3 Mal; in die Trachea 2 Mal; in die rechte Pleura 1 Mal; in die Lunge 1 Mal; in den rechten Bronchus 1 Mal; in die Vena cava superior 1 Mal.—(Lancet, 1897, 24. Juli, ref. Berlin. Klin. Woch., No. 34.)

— Die Bleistaubverhältnisse in den Setzereien festzustellen, waren auf Veranlassung der Reichsdruckerei in verschiedenen Setzerabtheilungen der Berliner Buchdruckereien Messapparate aufgestellt worden. Das Ergebniss der Untersuchungen in einer Druckerei war nach der Mittheilung der Reichsdruckerei folgendes: „Der Bleigehalt des abgelagerten Staubes betrug auf einem Formenregal in 10 cm. Höhe über dem Fussboden 0.89 Proz., auf einem Setzbrett in 52 cm. Höhe 1,73 Proz., auf einem Setzbrett in 96 cm. Höhe 3,59 Proz., auf einem Schrank in 2 Meter Höhe 1,21 Proz. und auf einem Schrank in 2,25 m. Höhe 0.62 Prozent. Der Staub zeigte also im Durchschnitt einen Bleigehalt von 1,6 Prozent, eine Menge wie sie auch im Staube von anderen Setzereien gefunden worden ist. In der Luft des untersuchten Raumes

wurden bei zwei Versuchen in einem Cubikmeter 1,13 mg. und 1,35 mg. Staub aufgefunden. Während 300 Arbeitstagen würde hiernach bei einem Mittel von 1,24 mg. ein Setzer insgesammt 1,86 gr. Staub mit einem Bleigehalt von 0,03 einathmen. Das macht in 33 1-3 Jahren 1 g. Blei aus. Diese Menge dürfte zu gering sein, um bei einem sonst gesunden Menschen Bleikrankheiten hervorzurufen."—(Die Graphische Welt, 1897, No. 10.)

— Vergleichende Uebersicht über die Unglücksfälle beim Fussballspiel, Turnen und Reiten. "The Brit. Med. Journal" hat vor Kurzem eine Statistik über die Unglücksfälle veröffentlicht, welche bei dem Fussballspiel, der Gymnastik und dem Reiten vorgekommen sind. Das Resultat wurde bei der Militäracademie in West Point mitgetheilt und ist das folgende: Von 8 Personen, welche Fussball spielen, zogen sich 54 Verletzungen oder sonstige Schäden zu, was eine Arbeitsunfähigkeit von insgesammt 277 Tagen zur Folge hatte. Bei 106 Turnern kamen 9 Unglücksfälle vor, und die Betreffenden mussten im Ganzen 11 Tage ihre Arbeit unterbrechen. In der Reitbahn hatten von 181 Reitern 17 irgend ein Unglück, und der dadurch verursachte Arbeitsverlust betrug 57 Tage. Daraus folgt, dass die Wahrscheinlichkeit einese Unglücks 18 Mal grösser ist, wenn man Fussball spielt, als wenn man reitet, und 20 Mal grösser, als wenn man Gymnastik treibt. Die Arbeitsunfähigkeit infolge von Unfällen aber beträgt beim Fussballspiel 26 Mal mehr als beim Reiten und 5 Mal mehr als beim Turnen. Freilich gilt dies alles nur für England, nicht für Deutschland, wo man Fussball weniger leidenschaftlich spielt.—Monatsbl. f. öff. Gesundheit, No. 78, 1897.

— Anlässlich der Tagung des Aerztecongresses gibt der St. Pet. Herold nachstehende Daten über die Medicinalverhältnisse in Russland: Im Jahre 1894 entfielen auf 116 Millionen Einwohner des europäischen Russland 10,805 Aerzte, 11,959 Feldschere und 7276 Hebammen; mithin fiel je ein Arzt auf 10,800 Einwohner. Wenn man berücksichtigt, dass sich die Aerzte zumeist in den grösseren Centren concentriren und dass daher Aerzte auf dem flachen Lande eine Seltenheit sind, so kann von einer regelrechten Organisation der ärztlichen Hülfe keine Rede sein. Obwohl das Budget der Landschaften Summen in der Höhe von fast 25 Prozent der Gesammtausgaben für die medicinische Hülfe assignirt, so ist dieselbe dennoch nur einem geringen Bruchtheil der Bevölkerung zugänglich, da auf einen Landschaftsarzt 15,000—20,000 Personen entfallen. Bedeutend ungünstiger liegen die Verhältnisse in den nicht landschaftlichen Gouvernements, in welchen auf 50,000 Einwohner nur ein Arzt entfällt. In Folge des Mangels an Aerzten spielen in diesen Gouvernements die Feldscherer eine Rolle, die ihnen durchaus nicht zukommt. In den Westgouvernements geriren sich die Feldscherer als Aerzte, obwohl sie vielfach nur unter der Bezeichnung von Kurpfuschern zu registriren sind.

— Die in Davos niedergelassenen Deutschen beabsichtigen, dort ein deutsches Lungensanatorium für unbemittelte Kranke zu gründen.

— In Wien starb am 27. August der berühmte Lehrer der gerichtlichen Medicin, Prof. Eduard R. v. Hoffmann, geboren 1837 in

Prag und seit 1875 Professor an der Universität Wien. Sein 1878 zum ersten Mal erschienenes „Lehrbuch der gerichtlichen Medicin" hat in diesem Jahre seine 8. Auflage erlebt und ist in alle modernen Sprachen übersetzt worden. Daneben hat Hoffmann eine ganze Reihe von grundlegenden in seine Specialität einschlagenden Monographien und Gutachten verfasst, hat aber auch besonders durch seine Lehrthätigkeit dazu beigetragen, durch Heranziehung einer ganzen Reihe begeisterter Schüler das Interesse für wissenschaftliche forenische Forschung zu wecken und zu bereichern.

— Wie die statistische Correspondenz mittheilt, ist im Jahre 1895 in Preussen kein einziger Fall von Hundswuth zur amtlichen Kenntniss gelangt. Auch in sämmtlichen Krankenhäusern des Landes ist 1895, wie bereits in den beiden vorhergehenden Jahren, keine tollwuthkranke Person aufgenommen worden. Geht man bis zum Jahr 1877 zurück, seit welcher Zeit die Nachrichten über die in Krankenhäusern Behandelten dem königlichen statistischen Bureau regelmässig eingereicht werden, so ergibt sich, dass daselbst 1877—94 wegen dieser Krankheit überhaupt 51 (45 männliche und 6 weibliche) Personen behandelt worden sind; bei 35 (29 männlichen und 6 weiblichen) Kranken ist der Tod eingetreten. Da nicht alle von der Hundswuth befallenen Personen den Krankenhäusern überwieesen werden, ist anzunehmen, dass mehr an der Hundswuth gestorben sind, als die Krankenhausstatistik nachweist. In der That ist auch durch amtliche Untersuchung festgestellt, dass 1877—1894 nicht nur 35, sondern 107 (77 männliche und 30 weibliche) Personen dieser Krankheit erlegen sind. Darunter befanden sich 19 Knaben und 12 Mädchen im Alter bis zu 15 Jahren, während 23 männliche und 5 weibliche Personen im Alter von 15—30 Jahren standen und 35 männliche und 13 weibliche Personen über 30—70 Jahre alt waren. In den einzelnen Jahren, zwischen 1877 und 81 schwankte die Anzahl der Todesfälle von 10—15 und fiel zwischen 1882—94 auf 1—6 jährlich. Dass während des Jahres 1895 kein Todesfall an dieser gefürchteten Krankheit vorgekommen, ist um so bemerkenswerther, als im Jahre 1895 die Zahl der von der Tollwuth der Hunde betroffenen Gemeinden und Gutsbezirke 439 betragen hat. Im Lauf desselben Jahres sind 368 Hunde an dieser Krankheit erkrankt und gefallen oder getödtet worden. Ferner sind 906 der Ansteckung verdächtige Hunde auf polizeiliche Anordnung getödtet, 20 unter polizeiliche Beobachtung gestellt und ausserdem 112 herrenlose wuthverdächtige Hunde getödtet worden. Wie viele Hunde aber in Preussen überhaupt vorhanden sind, weiss man nicht; in Berlin sind 1895 allein über 28.000 Hunde amtlich gezählt worden.

— Das System, die eigenen Söhne zu klinischen Assistenten zu machen, hat in Wien unter den Professoren stets Anhänger gefunden, trotzdem dieser Vorgang weder moralisch zu rechtfertigen ist, noch auch bisher sich bewährt hat. Dass ein Vater für sein Kind sorge, ist nicht nur recht, sondern sogar Pflicht. Doch ist es nicht recht verständlich, warum auf die betreffenden Professorensöhne von vornherein das Odium geladen werde, dass sie ausschliesslich der Protection ihre Carrière zu verdanken haben,. nachdem es ihren Vätern doch

ein Leichtes wäre, sie bei befreundeten Collegen zu placiren. In diesem Sinne ist die Nachricht mit Genugthuung zu verzeichnen, dass Ministerium und Statthalterei die Bestätigung von Assistenten-Ernennungen, wenn diese am Institute der Väter der betreffenden Canditaten erfolgen sollen, abgelehnt haben. Unsere Facultät kann durch eine derartige Verfügung nur gewinnen.—Wien. klin. Rundschau.

Berichtigung: In der letzten Nummer, 1. Originalarbeit, lies: Dr. Robert Newman, Consultirender Chirurg des Deutschen Dispensary der Westseite, statt Mitglied des etc.

— Wohnungswechsel: Dr. Herman Koenig, 104 E. 57. Str.; Dr. Hermann Boeker, 227 E. 57. Str.

Geschäftliche Zuschriften, Geldsendungen. Bestellungen, u. s. w., sind zu richten an : Medical Monthly Publishing Co., 17-27 Vandewater Street, New York.

Manuscripte, Wechselblätter und Anfragen bezüglich des Inhaltes sind an den Herausgeber zu richten.

ALFRED MICHEL,
357 W. 30th St.

New Yorker
Medicinische Monatsschrift.

Officielles Organ der
Deutschen Medicinischen Gesellschaft der Stadt New York.

Redigirt von Dr. Alfred Michel.

Bd. IX. New York, October 20. 1897. No. 10.

ORIGINALARBEITEN.

Rhachitis und Verwandtes.

Von

Dr. A. Jacobi.*)

1. Rhachitis und Anämien.

Jede constitutionelle Erkrankung schädigt die normale Blutbereitung. Ein sehr bekanntes und häufiges Beispiel dieses Einflusses ist z. B. durch die Syphilis gegeben, in welcher Hydraemie, acute oder chronische, nicht selten mit Leukocytose verbunden, so schwere Grade erreicht, dass sie der Behandlung mit Eisen, Mangan, Arsenik und bitteren Mitteln nicht mehr zugänglich ist, sondern sich nur noch unter Quecksilber und Jodgebrauch bessert. In allen denjenigen Krankheiten, in welchen die Lymphgänge und Drüsen leiden — und das ist in vielen Fällen von Rhachitis ausgiebig der Fall — wird das Blut in Mitleidenschaft gezogen. Hydrämie ist in Rhachitis ein gewöhnliches Vorkommen. Wir treffen sie nicht blos in denjenigen Fällen, in welchen die letztere sich aus oder nach schweren Darm- oder Lungenstörungen entwickelt, sondern auch bei den wohlgenährt aussehenden, aber mehr fettreichen als musculösen, runden und schwerwiegenden Kindern, welche die Ausnahme von der Regel bilden, gemäss welcher zunehmendes Gewicht und allgemeines Gedeihen im Verhältniss stehen sollen. Bei ihnen ist die Gesichtsfarbe, bei sonst gutem Aussehen blass, und die Schleimhäute blutlos. Bei sonst unveränderter Alkalescenz fand Jaksch die Salze des Blutes vermindert. A. Schiff traf Verminderung des Hämoglobingehaltes bei kaum veränderten Blutzellen, also einen Zustand, wie er bei Chlorose gegeben ist, ebenso Widowitz Verminderung des Hämo-

*) Vortrag, gehalten in der Deutschen Medicinischen Gesellschaft der Stadt New York am 4. Januar 1897.

globingehalts, Kettner Schwankungen in der Zahl der rothen und weissen Körperchen, Vierordt Vermehrung der eosinophilen Zellen, einen Befund, der übrigens auch sonst häufig ist. Luzet fand eine, binnen 3 Wochen eintretende, Verminderung der rothen Blutzellen von 2.110000 im cmm. bis auf 1.596,000. Von Jaksch's Beobachtung betrifft ein Kind, das in 3 Monaten von 1.600,000 auf 750,000 herunterkam, und Hock und Schlesinger fanden im Durchschnitt bei rhachitischen Kindern 2½ Millionen. Das Missverhältniss wird klar, wenn man sich erinnert, dass das gesunde Kind sich im Mittel zwischen 4 und 4½ Millionen bewegt.

Hayem fand nur 685,000 rothe Blutkörperchen im cmm. in einem zweimonatlichen Kinde, und dennoch trat Genesung ein. Cabot (A guide to the clinical examination of the Blood, N. Y., 1897, p. 105) fand in einem Falle von Rhachitis Myelocyten, welche meist bei malignen Neubildungen vorkommen, aber doch durch ihre blosse Gegenwart keine schlechte Vorhersage nothwendig machen. John Lovett Morse (Medical and Surgical Reports of the Boston City Hospital, 1897,) kommt in seinen „Studien über das Blut der Rhachitiker" zu den folgenden Schlüssen: Die meisten sind anämisch. Ihre Anämie ist, oder ist nicht, von Leukocytose begleitet. Die letztere findet sich häufiger bei complicirender Milzgeschwulst als ohne dieselbe, und liefert eine Vermehrung einer oder aller Varietäten der weissen Körperchen. Das specifische Gewicht des Blutes hängt von seinem Gehalt an Hämoglobin ab. Uebrigens gibt es in der Rhachitis keine Form der Anämie, welche nicht auch in anderen Zuständen vorkommen kann, und keine in diesen vorkommende, welche sich nicht auch in Rhachitis finden mag.

In den meisten genau untersuchten Fällen war das Hämoglobin auf 30 bis 60 Proz. gesunken, in einem kürzlich von mir untersuchten auf weniger als 30; in vielen waren die Leukocyten, statt sich auf der Mittelzahl von 7—10 Tausend zu halten, auf 25—36 Tausend vermehrt. Diese Vermehrung zeigt vorzugsweise vielkernige und neutrophile Zellen, und hängt nicht von Complicationen mit Verdauungsstörungen ab. Diese Leukocytose wird auch von Cabot (l. c. 280) angegeben, der aber richtig dazu bemerkt, dass sie bis zu einem gewissen Grade normal sein kann, vorausgesetzt, dass mononucleäre Leukocyten nicht in solchem Missverhältniss vorhan-

den sind, wie z. B. in einem Falle Rieder's, in welchem 75 Prozent aller weissen Blutkörper einkernig waren.

Ohne Zweifel hängen Blutveränderungen auch von der in der Rhachitis häufig beobachteten Milzschwellung ab. Dieselbe wird gelegentlich vermisst; es ist überhaupt noch schwerer, dieselbe bei dem ausgedehnten Meteorismus der schlaffbäuchigen Rhachitiker zu erkennen, als das Percutiren oder Palpiren der kleinen Milz schon bei gesunden Kindern seine Schwierigkeit hat. Klein ist die Milz bei gesunden Kindern, obgleich Luschka und Steffen das leugnen. In der Mehrzahl der Fälle wird die Milz vergrössert, gelegentlich sehr vergrössert gefunden.

Diese Vergrösserung der Milz ist als häufiges Vorkommen schon vor Jahrhunderten beobachtet worden, und es gibt nicht viele Autoren, welche anderer Ansicht sind. Ueber die Natur der Vergrösserung hat man gelegentlich verschiedene Meinungen; leider können Autopsien nicht viel werthvolles Material für die Beurtheilung derselben abgeben; denn an Rhachitis sterben sehr wenige Kinder. Amyloidentartung ist angenommen worden, und Hagenbach-Burckhardt in Basel schiebt die Grössenzunahme der angenommenen Infection in die Schuhe*). Andere erklären sie nicht, wie natürlich wäre, durch die langsame Circulation, Congestion und Succulenz mit Neubildung von Bindegewebe, sondern durch ihre Complication mit Syphilis. Diese Complication ist aber zur Erklärung nicht nöthig. Sehr viele Fälle von Rhachitis haben eben mit Syphilis gar nichts zu thun. Und obendrein halten sich syphilitische Vergrösserungen der Milz nicht lange. Wo sie existiren, — es sei denn, dass es sich um die seltenen Fälle grosser Syphilome handelt — endigen sie bald in Schrumpfung, und können in vollständige Atrophie ausgehen.

Die rhachitische Vergrösserung ist nicht selten, wie schon vorhin angedeutet, mit mässiger oder starker Leukocytose verbunden, und wird dadurch die Prognose incidenteller Krankheiten von vornherein ungünstiger. Das trifft nicht blos die ganz schweren Fälle, sondern auch diejenigen, in welchen das hydrämische oder gar leukämische Aussehen in keiner

*) Diese Infection soll nach Oppenheimer Malaria sein, Mircoli fand in den Knochen von 2 Rhachitikern den Staphylococcus pyogenes, und in 4 solchen den Staphyloc. pyog. und Streptococcen (Gaz. degli Osped. 1891, No. 64), freilich ein mageres Material zur Beweisführung.

Weise deutlich ist. Schwere Blutkrankheiten kommen übrigens bei Rhachitis vor. Verschiedene Male fand sich in meinen eigenen Fällen Pseudoleukämie, in einem kürzlich beobachteten die Makro-Mikro-Poikilocystose der perniciösen Anämie. In Rhachitikern, welche viel Lymphkörperschwellung bieten, sollte das Blut immer auf Veränderungen in der Zahl und Beschaffenheit der Zellen untersucht werden. Es ist vielleicht charakteristisch für solche Zustände, dass sie sich bei Rhachitikern weniger auf Eisen, oder sogar auf Arsenik, als auf antirhachitische Diät und Hygiene, und auf die Darreichung von Phosphor bessern.

Die Wirkung desselben erstreckt sich auf das Bindegewebe im Allgemeinen, vor allen Dingen auf die Knochen. Fast jede Anämie scheint die Function des Knochenmarkes zu vermehren. In der Weise erklärte E. Neumann schon 1878 (Berl. Kl. W., p. 135) pathologische Hyperplasien und gelegentliche Leukocythämien im Gefolge gewöhnlicher Anämien. Der Uebergang von Pseudoleukämien in Leukocythämien wird dadurch erklärlich, auch ohne dass man sich zu der Annahme einer Identität beider Zustände zu verstehen braucht. Litten und Orth kamen experimentell zu denselben Schlüssen. In Wirklichkeit treten lymphoide Veränderungen des Knochenmarkes in allen schweren Krankheiten auf. Um wie viel leichter kommen solche Veränderungen wohl in der Rhachitis vor, in welcher die hauptsächlichsten Symptome sich in den Knochen abspielen.

2. Rhachitis und Circulationsstörungen.

Beneke's Beobachtungen über die Grössenverhältnisse des Herzens und der Blutgefässe sind nicht widerlegt. Was ich zu jener Zeit bei reichlicherem anatomischem Material nachgemessen habe, hat mich von der Richtigkeit seiner Behauptungen überzeugt. Sie sind gelegentlich in Zweifel gezogen worden, immer aber von denen, welchen keine eigenen Messungen zu Gebote standen. Das Herz der Rhachitischen ist oft blass, schlaff und gelegentlich fettig entartet. Es ist nur unter Umständen, welche ich bald erwähnen werde, vergrössert. Es ist meist normal, bisweilen klein. Dahingegen sind die Arterien gross; das lässt sich bei den grossen Gefässen am besten nachweisen; die kleineren folgen ohne Zweifel dieser Regel, um so mehr als in einzelnen Gegenden, z. B. im Darmkanal, die unverhältnissmässige Grösse der Blutgefässe der Wandungen und der Zotten auch im gesunden Zu-

stande bewiesen ist. Manche abnorme Zustände des Säuglingsdarms und benachbarter Organe, z. B. der Nieren, lassen sich zum Theil aus dieser Thatsache erklären. Die enorme Grösse der Arterien bei mässiger Herzgrösse bedingt niedrigen Blutdruck, besonders in entfernten Organen, und da, wo normal die Circulation eine langsame ist. Es ist der Mühe werth zu fragen, ob das der Grund, oder einer der Gründe ist, warum in den Epiphysen die Neigung zu Hyperämie so gross ist. Wenn diese Hyperämie einmal gegeben ist, so bedarf es keines sehr grossen Reizes in der Blutcirculation, um die Gesammterscheinungen, besonders in den Knochen, zu erklären, welche wir unter dem Namen der Rhachitis begreifen. Man hat von gewissen Seiten schon angefangen, Rhachitis, wie schon oben angedeutet, für eine infectiöse Krankheit auszugeben, ohne ein bestimmtes Bacterium verantwortlich machen zu können. Unter den bekannten Bacterien circuliren nur wenige im Blute, — als Regel gilt, dass nur ihre Producte sich im Blute befinden und schädlich erweisen — aber Bacterium Coli Commune und Pneumococcus werden im Blute unverändert und activ gefunden und könnten möglicherweise für die Entfaltung der Rhachitis verantwortlich gemacht werden. Uebrigens soll man sich, so lange wir das eigentliche Wesen der Rhachitis nicht kennen, nicht mit der Annahme einer einzigen Ursache übereilen. Ich bin mehr geneigt anzunehmen, dass mancherlei Ursachen, mancherlei Reize — deren Einwirkung durch verlangsamte Circulation erleichtert wird — die Causa proxima der Rhachitis abgeben. Die Heilung derselben, in der Eburneation des Knochengewebes bestehend, hat — wenn ich mich recht erinnere — schon B e n e k e auf diese Langsamkeit des Blutlaufes bezogen, als er annahm, dass der kreisende phosphorsaure Kalk, der durch Kohlensäure in Lösung gehalten wird, bei dem durch die Verlangsamung des Blutlaufes örtlich auftretenden Entweichen der Kohlensäure in die Epiphysen niedergeschlagen wird, und dadurch das zweite Stadium der Rhachitis einleitet. In solcher Weise könnte man sich ganz bequem denken, dass die abnorme Weite des Arteriensystems die primäre anatomische Disposition schafft, und dass gewisse Reize die sämmtlichen Veränderungen, welche wir rhachitisch nennen, als causae proximae hervorrufen. Vergegenwärtigen wir uns nur, womit wir es bei der Rhachitis — ich rede augenblicklich nur von der des Knochensystems — zu thun haben. Wir haben in

ihr eine abnorm vermehrte Vascularisirung der knochenbildenden Gewebe, und zu Anfang eine Verminderung oder Aufhebung des Kalkniederschlags sogar mit Erweichung früher schon verknöcherter Gebilde, und schliesslich, nach vorhergegangener Vermehrung der Epiphysen- und subperiostalen Zellen, eine gewaltige Zunahme des knochenbildenden Gewebes. In der That entspricht alles dies dem normalen Wachsthum; es ist nur die Intensität und die lange Dauer des Wachsthums- und Reizprocesses, welche die Unregelmässigkeit der Knochenbildung verursacht.

Die Grösse der Arterien mit ihrem verminderten Blutdruck erklärt vielleicht am besten die langsame Schwellung der Viscera, welche wie die Leber und die Milz durch die Succulenz ihrer Gewebe Blutstörungen mit ihren Folgen Vorschub leisten. Dasselbe gilt von dem bei dem jungen Kinde schwachen, weil kaum dem Foetalzustande entwachsenen Muskelgewebe, das gar oft zu allererst, sogar vor den Knochen, der Sitz rhachitischer Anomalie wird. Und dabei ist nicht zu vergessen, dass es wiederum das ursprünglich schwache, und durch Krankheit geschwächte Muskelgewebe ist, das, neben der Weite der Arterien, die Verlangsamung des peripherischen Blutlaufes verschuldet. Denn nächst dem Herzen sind die Muskeln das stärkste Blutdruckcentrum.

Die Muskeln des normalen Neugeborenen und des Kindes sind schwach. Ihr Totalgewicht verhält sich im Neugeborenen zu dem des Erwachsenen wie 1:40, während das Skelet des Erwachsenen nur 26 Mal schwer ist. Der dynamometrische Effect der Kindermuskeln wächst nur sehr langsam bis zum sechsten oder siebenten Jahr, und auch dann nur langsam und stossweise, vielleicht in Folge verhältnissmässiger Abwesenheit von Phosphorsäure und Calcium, welche in der Rhachitis eine so grosse Rolle spielt. In Rhachitis sind die Muskeln blass, passiv verlängert wie im Anfange der Poliomyelitis, zwischen den Fibrillen ist Fett abgelagert, aber eine chemische Veränderung, mit Abrechnung des von Jenner behaupteten Fehlens von Olein, ist mit Ausnahme der oben angegebenen nicht vorhanden. Ihre Schwäche ist mittelbar die Ursache grosser Störungen im gesunden, noch mehr im rhachitischen Zustande. Die Häufigkeit traumatischer Gelenkentzündungen hängt zum Theil von der ungenügenden Kraft der Muskeln ab. Durch sie ist das häufige Fallen der Kinder bedingt, welches neben der Verlängerung und Congestionirung

der ligamentösen Apparate eine stete Gefahr bildet. Andere Beispiele von schwacher Muskelwirkung bei frühzeitig Rhachitischen ist das häufige Schielen (auch bei gesunden Kindern in der frühesten Kindheit nicht ungewöhnlich), welches von der Schwäche der Accommodationsmuskeln abhängig ist, und die im zweiten oder dritten Lebensmonate bei Rhachitikern auftretende Verstopfung, welche B o h n und i c h vor dreissig Jahren durch die Insufficienz der Darmmuskulatur erklärt haben. Mit dem erwähnten Schielen geht bisweilen bilateraler Nystagmus und ein fast krampfhaftes Zucken des Kopfes nach derselben oder der entgegengesetzten Seite zusammen, wie es A. C a i l l é in einem höchst interessanten Falle vor einigen Jahren beschrieben hat. Was schliesslich als Pseudoparalyse der Rhachitiker bezeichnet worden ist (von B e r g und anderen) ist auch nur die hoch gesteigerte Insufficienz der rhachitischen Musculatur. Zuletzt will ich Sie an das erinnern, was über die mangelhafte electrische Reaction der Nerven bei jungen Kindern von S o l t m a n n und anderen gesagt ist. Dieselbe wird als ungenügend angegeben; vielleicht liegt der Mangel nur an der unzureichenden Muskelkraft. Vor Jahren habe ich an einer Reihe rhachitischer Kinder des zweiten Jahres, welche schon etwas gehen konnten, electrische Versuche angestellt. Mir schien, dass wenn sie ermüdet waren, dieselbe Contraction, und zwar nach ganz kurzer Zeit, nur mit verstärktem Strom zu Stande kam. Indessen sind solche jungen Individuen keine günstigen Versuchsobjecte.

Vielleicht wirkte die Schwäche des Muskelgewebes auch in anderer Weise, nämlich durch die Gefahr, welche die Schwäche des Darmmuskels, verbunden mit der Grösse der Blutgefässe und der Zotten bereitet, welche ich im Zusammenhang mit der Nephritis der Neugeborenen und Säuglinge anderswo betont habe. Wenn, wie es behauptet wird, Rhachitis eine infectöse Krankheit ist, d. h. durch die Einwanderung von Bacterien geschaffen werden kann, so könnte eine Infection durch jene Zustände veranlasst werden; das würde vielleicht diejenigen Fälle von Rhachitis erklären, welche im Gefolge von Darmkrankheiten beobachtet werden.

Das Herz der Rhachitiker wurde klein genannt, und ist oft muskelschwach. Das sollte zu Dilatation disponiren, die aber selten beobachtet wird, wohl aus dem Grunde, weil die weiteren Arterien der Herzaction weniger Widerstand entgegen-

setzen; dagegen wird gelegentlich Hypertrophie beobachtet, welche im Gefolge von Verbiegungen der Rippen und der Wirbelsäule mit Compression und Verengerung der Lungen und erhöhtem Circulationswiderstand auftritt. Viel häufiger aber, als diese wirkliche und leicht erklärte Hypertrophie wirklich auftritt, wird die Diagnose derselben gemacht. Der Impuls ist für Auge und Ohr besonders deutlich, der Spitzenstoss erstreckt sich, sogar bei Fettleibigen, über eine grosse Oberfläche, und die Herzdämpfung ist ungewöhnlich gross. Diese Befunde sind die Folge der Verbiegung des Brustkorbes. Selbst bei leichten Fällen fehlt die normale elliptische Wölbung, statt deren die Brustwand abgeplattet erscheint, mit Ausnahme der über dem Zwerchfellansatz verlaufenden Harrison'sche Grube, welche eine horizontale Einziehung liefert. Daher kommt ein Anlegen des normalen Herzens an eine grössere Oberfläche zu Stande, und der Anschein einer Hypertrophie.

3. Rhachitis und Tuberculose.

Giebt es directe Beziehungen der Rhachitis zur Tuberculose? Thatsache ist, dass syphilitische oder tuberculöse Eltern, oder Väter, oder Mütter, oft rhachitische Kinder haben. Ich habe verschiedentlich gesehen, dass die ersten Kinder syphilitischer Väter stark rhachitisch wurden, ohne eigentlich syphilitisch zu sein, und dass bei genügender Behandlung dieselben Väter später gesunde Kinder hatten — wir werden auf den Punkt wohl noch zurückkommen. Dass ein tuberculöser Erzeuger rhachitische Kinder hat, welche nicht tuberculös werden, ist ein häufiges Vorkommen. Es kann sich hier also nicht um eine directe Erbschaft von Keimen handeln, sondern nur um eine Anlage zu allgemeiner Schwäche, Vulnerabilität und Malnutrition. Hier steckt wohl überhaupt die Erklärung der Verwandtschaft zwischen den chronischen constitutionellen Erkrankungen. Auf der anderen Seite werden rhachitische Kinder gerne tuberculös. Warum?

Der rhachitische Brustkorb ist eng, von drei- oder viereckiger Gestalt, abgeflacht. Die Lungen verlieren an Raum und Ausdehnungsfähigkeit. Dieser Zustand beeinträchtigt Athmung und Blutbildung, meist in noch höherem Grade, als vor mehr als 40 Jahren Freund für eine andere Missgestaltung des Brustkorbes in Anspruch nahm. Er beschrieb die frühzeitige Verknöcherung der Rippen-Brustbeinverbindungen, und leitete daraus für die Lungen Folgen ab, ähnlich

denjenigen, welche, je nach dem betroffenen Organ, sich aus der frühzeitigen Verknöcherung des Schädeldaches oder der Occipito-Sphenoidalsynchondrose für den Schädelinhalt ergeben. Der phthisische Habitus beruht gelegentlich auf der angegebenen frühzeitigen Verknöcherung, mit dem Mangel an Ausdehnung des oberen Brustkorbes in ihrem Gefolge. Etwas ähnliches habe ich im Zusammenhang mit nicht rhachitischer, sondern angeborener Trichterbrust beobachtet, welche freilich anderen foetal bedingten Ursachen ihre Entstehung verdankt.

Durch die Enge des Brustkorbes leiden Respiration und Circulation; sie leiden mindestens ebenso viel aus einer anderen Ursache. Die Rippen und Rippenknorpel sind weich; schon normal sind die Knorpel der 6. und 7. Rippe sehr lang, diejenigen der 8., 9. und 10. erreichen das Brustbein gar nicht, auch das Schlüsselbein gehört zu denjenigen Knochen, welche am frühesten und ausgiebigsten rhachitisch erkranken. Dazu kommt die Schwäche der Respirationsmuskeln, im Einklang mit der allgemeinen Muskelschwäche kleiner Kinder, und vermehrt durch die Hyperämie der Knochen, an denen sie sich ansetzen. Der Druck der Atmosphäre wirkt um so stärker auf die Brustwand, und vermehrt congestive und katarrhalische Zustände. Der Verlust der Elasticität des Brustkorbes, die Rückenlage, die horizontale Stellung besonders der unteren Rippen, welche durch den Auswärtsdruck von Seiten des aufgetriebenen Bauches zu Stande kommt, der Druck der Arme auf die erweichte Seitenwand, die Unzulänglichkeit der Bewegung des Zwerchfells, welche daher kommt, dass dasselbe keinen festen Stützpunkt an den weichen Rippen findet, schaden dem Ausathmen eben so viel, wie dem Einathmen. Wenn also fremde Körper Einlass finden, so werden sie nicht leicht hinausgetrieben. Diese fremden Körper können irgend etwas sein, von gewöhnlichem Staub bis zu Microben. Pneumococcen, Streptococcen und Bacillen werden auf die Weise abgelagert. Bronchitiden und Broncho-Pneumonien — in einigen meiner Fälle von fibrinöser, resp. diphtheritischer Bronchitis finde ich in den Krankengeschichten den Zusatz: rhachitischer Brustkorb — sind häufig, Lobarpneumonien nicht selten, und Tuberculose findet so ihre bereitwillige Erklärung.

Ich denke, die Thatsache, dass Lungentuberculose bei Säuglingen und in dem nächststehenden Alter mit Häufigkeit in den unteren, statt in den oberen Lappen Platz greift, ist

durch den Umstand bedingt, dass gerade die unteren Partien des Thorax am meisten zusammengedrückt und die unteren Lungenlappen zum Theil functionsunfähig werden.

Einfache und tuberculöse Entzündungen daselbst finden auf diese Weise ihre beste Erklärung; besonders diejenigen, welche im Verlaufe von Masern oder Pertussis, und nach schweren Hustenstössen sich entwickeln. Es ist mir auch nicht unwahrscheinlich, dass manche der Respirationskrankheiten, welche gern als Ursache der Rhachitis aufgefasst werden, schon die Folge derselben sind. Leichte Erweichung des Periosts und der Rippen mit Schmerzhaftigkeit der Respirationsbewegungen, welche zu oberflächlichem Athmen zwingt, sind in vielen Fällen wohl schon lange vorhanden bevor die Diagnose der Rhachitis gestellt wird. Sie erinnern sich an die zahlreichen Fälle, in denen Sie auf Ihre Frage die Antwort erhalten, dass das Kind bei jedem Aufnehmen seit Wochen oder Monaten geschrieen hat.

Jeder entzündliche Anfall bereitet den Weg zu einem späteren, denn wenn schon die Epithelien und die Gewebe durch die oben beschriebene chronische Hyperämie und Circulationsschwäche leiden, so ist das noch mehr der Fall im Gefolge fertiger Entzündungen. Die dauernde Reizung der Schleimhäute beeinflusst die benachbarten Lymphkörper. So leiden die Mediastinaldrüsen aus ähnlichem Grunde, wie bei Nasencatarrhen die Drüsen nahe dem Unterkieferwinkel, die Halsdrüsen bei Stomatitis des Mundbodens, die Nackendrüsen bei Kopfeczem, die Mesenterialdrüsen bei Intestinalcatarrh, die Inguinaldrüsen bei Reizung der Urethra oder der Eichel durch scharfen Urin, oder durch faules Smegma bei Phimose. Die Mediastinaldrüsenschwellung ist daher fast immer secundär, in uncomplicirter, einfacher Rhachitis sind sie selten vergrössert. Aber in den oben beschriebenen, mit Lungenhyperämie complicirten Fällen von Rhachitis sind die Mediastinaldrüsen häufig die einzigen, welche befallen werden.

Selbst wenn dieselben gross und zahlreich sind und durch Percussion nachweisbar, und wenn sie sogar verminderte Respiration, bronchiales Athmen oder Bronchophonie verursachen, brauchen sie noch immer nicht tuberculös zu sein. Es ist wahr, dass sie es häufig sind, und dass Tuberculose oft im Hilus beginnt, und dass von da aus die Lungen inficirt werden, wie auch umgekehrt; denn die Thatsache scheint un-

bedingt fest zu stehen, dass sogar durch unversehrte Schleimhautdecken Tuberkelbacillen in die benachbarten Lymphknoten durchtreten können. Aber nicht einmal die Gegenwart gelegentlicher Erscheinungen von Bronchitis in der Nachbarschaft ist charakteristisch für Tuberculose. Diese Diagnose, welche durch den Nachweis von Bacillen bei den kleinen Kindern nicht geliefert werden kann, weil kein Auswurf zu Tage kommt, sollte nur gestattet werden, wenn örtliches feines Rasseln verschiedenen Kalibers, mit oder ohne Dämpfung, unausgesetzt hörbar bleibt. Leider ist das oft der Fall. Das häufige Zusammengehen von Rhachitis und Tuberculose ist eine Thatsache.

4. Rhachitis und Knochendystrophie.

Rhachitis mit ihrer schnellen Bildung von mehr oder weniger calciumfreien Knochengewebe erscheint zunächst in denjenigen Knochen, welche das schnellste Wachsthum haben. Das sind in den ersten Lebensmonaten, bis zum 7. oder 8. hinauf, diejenigen des Schädels; unter diesen des Scheitel- und Hinterhauptsbeins. Aus diesem Grunde wird Craniotabes jenseits jener Zeit selten gesehen. Die Wachsthumsenergie des Schädels verringert sich, während diejenige anderer Körpertheile zunimmt. Wenn zu der durch das rasche Wachsthum gesetzten Hyperämie noch eine in derselben Richtung arbeitende constitutionelle Krankheit kommt, so treten die rhachitischen Veränderungen am frühesten auf. Daher entwickeln luetische oder luetisch beanlagte Kinder, wenn sie rhachitisch werden, die Symptome der Schädelrhachitis sehr früh.

Die Ecken der normalen Schädelknochen sind hart und gerade. Runde oder abgestumpfte Ränder sind nicht mehr gesund, sie bedeuten Rhachitis. Gewöhnlich sind die Ränder der Pfeilnaht zuerst befallen; danach die der Lambdanaht, am wenigsten die der Kronennaht. Diese Ungleichheit der Ränder entlang den Nähten ist ein wichtiges diagnostisches Zeichen. Denn diejenigen Ränder, welche zu Knochen mit inhärenter Schwäche, mit unzureichender Knochengewebsbildung — Aplasie — gehören, sind nicht die allein afficirten. Bei solchen Knochen ist der Mangel an Kalk, an Festigkeit, über ihre ganze Oberfläche mehr oder weniger ausgedehnt, und nicht localisirt wie in Rhachitis.

Bei diesen Betrachtungen wollen wir nicht vergessen, dass wir es mit einer Zeitperiode zu thun haben, in der die sämmtlichen Gewebe in Umbildung begriffen sind. Das embryonale

Gewebe wird in festes postnatales umgewandelt, und dieses selbst hat in der ersten Lebenszeit noch nicht seine ganze Festigkeit erreicht. Ich erinnere Sie beispielshalber nur an die Brüchigkeit der Gefässwände, welche beim Neugeborenen zu mancherlei Blutungen Veranlassung giebt. Der Umbau des embryonalen geflechtartigen Knochengewebes in die reihenförmige Anordnung mit mässiger Osteoporose (Schwalbe) und Erweiterung der Havers'schen Canäle vollzieht sich nicht immer in gleicher Weise. Es giebt Fälle, in denen derselbe erst nach Jahren, oder gar nicht zu Stande kommt. In dieser Weise erklärt sich wohl am besten, was als foetale oder congenitale Rhachitis bezeichnet wird. Ich möchte gleich sagen, dass ich die zwei Namen für in keiner Weise identisch halte, wie das oft geschieht.

Foetale Rhachitis wurde von Virchow und von Ritter für sehr selten erklärt, von Kassowitz und von Unruh für häufig, und Schwartz berichtet, dass unter 500 in Breisky's Klinik geborenen Kindern 400 rhachitisch waren. Es ist schwer zu sagen, wie weit hier die Grenzen der Rhachitis gezogen worden sind; dass es sich, wenn wir von foetaler und congenitaler Rhachitis reden, um verschiedene Dinge handeln muss, geht aus dem Berichteten hervor. Eine congenitale Rhachitis existirt, d. h. Rhachitis, statt erst mit dem zweiten, vierten oder sechsten Lebensmonate aufzutreten, kann schon vor der Geburt oder in den ersten Tagen existiren oder abgelaufen sein.

Was als „foetale Rhachitis" oft bezeichnet wird, hat schon unser Barnim Scharlan aus der Rhachitis verbannt. Es ist eine Aplasie; und vorzugsweise des Knochensystems. Niemand hat aber mehr dazu beigetragen, Licht in die Verwirrung zu bringen, als E. Kaufmann (Unters. über d. s. g. foetale Rhachitis, 1892[6]). Den Process, um welchen es sich handelt, nennt er mit dem allgemeinen Namen Chondrodystrophia foetalis. Der gewöhnliche Grundprocess ist, wie ich sagte, Mangelhaftigkeit der Knochenbildung durch verzögerte Umbildung des Geflechtes in Reihen. Uebrigens sind nicht alle Fälle einfache uncomplicirte Aplasien, an einzelnen lässt sich die Weise nachweisen, in welcher der Knorpel durch äussere Umstände an der Entwicklung gehemmt wird. So beschreibt Müller einen Fall, in welchem das Uebermass von Knorpelwucherung gross genug war, um das Periost atrophisch zu machen und demzufolge das Knochenwachsthum zu hemmen,

und einen anderen, in welchem das wuchernde Periost den Knorpel atrophirte (foetale Chondromalacie). Der Fall betraf eine Zwillingsgeburt; neben dem abnormen war ein gesunder Foetus vorhanden. Ein ähnlicher Fall von Klein wird von Müller citirt. Porak beschreibt dieselbe Anomalie in Mutter und Kind; in einem Fall von Kaufmann handelte es sich um das Product einer Blutschande zwischen Bruder und Schwester. Dr. John Thomson veröffentlichte im Edinb. Med. Journal, Juni 1893, drei ähnliche Fälle von Achondroplasie, welche an Individuen von 5, 36 und 39 Jahren beobachtet wurden.

Kaufmann unterscheidet 3 Formen. 1. Die malacische mit einfacher Erweichung des Knorpels. 2. Die hypoplastische, mit einfachem Wachsthumsstillstand. 3. Die hyperplastische, mit lebhaftem, aber ungeordnetem Wachsthum. Je nach der Embryonal- oder Foetalperiode, in welcher der Process beginnt, gestalten sich die schliesslichen Veränderungen, von Lebensunfähigkeit bis zu mehr oder weniger Deformität oder Anomalie. Eine derselben, zu 2. gehörig, ist der Zwergwuchs. Von diesem hat Lubarsch in seinen „Ergebnissen d. allg. Aetiol. d. Menschen- und Thierkrankheiten", Wiesb. 1896, 21 Fälle gesammelt, die verschiedene Grade zeigen. Sie sind idiotisch oder geistig normal, die Extremitäten gerade oder verbogen, alle aber kurz, die Genitalien kindlich oder normal. Das Skelett bleibt kindlich, mit Persistenz des knochenbildenden Knorpels, auch an der Schädelbasis nicht identisch mit der Osteosklerose oder Osteoporose der foetalen Rhachitis. Der Zustand ist bisweilen erblich. Unintelligente Fälle haben zu Verwechselung mit Cretinismus Veranlassung gegeben. Die hypoplastische Chondrodystrophie beginnt immer intrauterin und kommt sporadisch vor. Cretinismus aber ist intra- oder extrauterin, mit Schädigung der Intelligenz und Sprache, und ist wohl sporadisch, aber meist endemisch in Gesellschaft von Kropfendemien. Bei ihm kann der Mangel an Knorpel persistent sein, oder die mangelhafte Knorpelbildung kann allmählich zur Synostose führen, die sich dann, bei der Geringfügigkeit des vorhandenen Knorpelmaterials, schnell und mangelhaft entwickelt. In dieser Weise kommt die frühzeitige Synostose des Keil- und Hinterhauptsbeins zu Stande, mit Verkürzung der Schädelbasis, und Brachycephalie und Idiotie, welche V i r c h o w vor mehr als 40 Jahren so meisterhaft beschrieb. So kann es kommen, dass bei Cretinis-

mus der Knorpel nicht über eine gewisse Zeit besteht, bei Zwergwuchs ist er persistent. Bei beiden ist die Wirbelsäule kurz.

Um kurz zu resumiren, stelle ich nach Lubarsch in wenigen Worten die Formen der foetalen Chondrodystrophie neben einander: Bei Cretinismus ist sie hyperplastisch, mit frühzeitiger Synostose der Schädelbasis und der characteristischen Physiognomie;

bei Zwergwuchs ist sie hypoplastisch, mit Persistenz aller Knorpel;

bei Myxoedem ist sie hypoplastisch, mit Persistenz aller Knorpel UND Abwesenheit der Schilddrüsenfunction, welche bei Cretinismus und Zwergwuchs nicht zu leiden braucht.

5. Rhachitis und Syphilis.

Sowohl im Neugeborenen wie im jungen Kinde findet man in Rhachitis und in Syphilis oftmals an der Verbindungsstelle der Diaphyse und des Epiphysenknorpels eine übermässige Proliferation der Knorpelzellen und eine Verzögerung der Verknöcherung, welche schon begonnen hatte. Dabei ist die Structur der etwa neugebildeten Zellen mangelhaft, ebenso die Ernährung der Zellen; fettige Metamorphose und Schrumpfung sind ganz gewöhnlich, und es wird eine gelbliche Linie sichtbar, entlang welcher Diaphyse und Epiphyse sich in Syphilis, nicht aber in Rhachitis, nicht selten trennen.

Diese Osteochondritis, wenn sie erbliche Syphilis begleitet, beginnt im fünften Monate des Uterinlebens. Die gerade weisse, 1 mm. breite Knorpellage zwischen Epiphyse und Diaphyse im Foetus und Kinde ist der Sitz der sich entwickelnden normalen Verknöcherung. In Syphilis ist diese Zwischenzone nicht gerade, sondern gezahnt und hart, trocken und breiter. In Rhachitis ist sie weich. Sie erstreckt sich in beiden Richtungen, in die Epiphyse und in die Diaphyse hinein; in Syphilis ist dabei keine Schwellung und kein Gefässreichthum, in Rhachitis ist beides vorhanden. In Syphilis ist die Zone sclerotisch, die Räume zwischen den festen Gewebsmassen sind eng, der organische Theil des Knochens ist mehr oder weniger abhanden gekommen. Während Kalk fortwährend eliminirt wird, findet keine Bildung von jungem Knochen statt, und verkalkter Knorpel nimmt die Stelle dauerhaften Knochens ein. So wird der syphilitische Knochen brüchig,

und eine trockene Loslösung der Epiphyse von der Diaphyse wird dadurch möglich ohne Entstellung. Solche Entstellung ist aber die Regel in Rhachitis, ohne Loslösung; und in Rhachitis ist es der unorganische Bestandtheil des Knochens, welcher nicht zeitig gebildet wird.

Die Diaphyse des syphilitischen Knochens wird übrigens gelegentlich weich, sogar Abscesse sind bei gemischter Infection möglich; nicht so in Rhachitis. Die eben geschilderten Knochenveränderungen, welche zu Abtrennung führen, finden sich meist an den unteren Epiphysen der unteren Extremität, seltener an der oberen; an dem des Oberarmknochens habe ich dieselben noch kürzlich an einem fünfmonatlichen Baby gesehen. Natürlich muss diese trockene Abtrennung von der feuchten in Septicopyämie unterschieden werden, in welcher letzteren die Trennungsursache eine Eiterung ist. In dem letzten Falle findet sich zum Unterschied von Syphilis auch Eiter in den Gelenken.

Die Mangelhaftigkeit der neugebildeten Zellen in der Wachsthumszone, fettige Metamorphose und Schrumpfung haben denselben Einfluss auf das Wachsthum, wie die Verknöcherung der vorher rhachitisch erweicht gewesenen Epiphyse und des Epiphysenknorpels. In allen solchen Fällen kann daher die Diagnose des verkümmerten Wachsthums, ob Syphilis, ob Rhachitis, nur durch Zuhülfenahme der Geschichte und der Begleiterscheinungen gestellt werden. Sie ist nicht immer leicht, denn syphilitische Osteochondritis kann auch mit wenig Schmerz, wenig Schwellung, und ohne Gelenkaffection verlaufen.

Uebrigens scheint jener trockene Process nicht immer derselbe zu sein. Waldeyer, Köbner und Taylor fanden, dass in vielen Fällen es sich nicht um die gewöhnliche Form der Nekrobiose handelt, sondern um ein Gumma, welches die Blutgefässe zusammendrückt. Dieser Umstand liefert auch einen Punkt in der differentiellen Diagnose zwischen Rhachitis und Syphilis. In jeder anderen Beziehung bieten die Verbindungen zu Knochen und Knorpel, besonders an den Rippen, — nach Wegner, dessen Arbeit im 50. Band von Virchow's Archiv noch mustergiltig ist — Veränderungen, welche Rhachitis und Syphilis gemeinsam sind.

Diese Differenzirung ist jedoch nur nach genauem Studium zu machen, und es ist daher kein Wunder, dass Rhachitis und Syphilis in ungebührlichem Masse in unmittelbaren Zusam-

menhang gebracht worden sind. Es ist wohl allgemein bekannt, dass erst vor 10 Jahren Parrot in „la syphilis héréditaire et le rachitis“ (1886) sich für berechtigt hielt die Rhachitis als directe und ausschliessliche Folge der erblichen Syphilis auszugeben, in der That für eine der Manifestationen der angeerbten Syphilis. Es gab für ihn keine Rhachitis, die nicht von Syphilis abstammte. Sein Irrthum lässt sich nur dadurch erklären, dass er seine Beobachtungen in solchen Pariser Anstalten machte, welche ein gewaltiges syphilitisches Material liefern, so dass für ihn das häufige oder regelmässige Vorkommen von Rhachitis auf syphilitischer Grundlage unverbrüchliche Thatsache gewesen zu sein scheint.

Unzweifelhaft aber stammen viele Rhachitiden von Syphilis, wie auch von Anämie oder Tuberculose. Jeder niedrige Ernährungsgrad bei den Eltern scheint, wie schon gesagt, unter Umständen diese Wirkung zu haben. Blutbildung und Gewebsbildung werden in solchen Zuständen mangelhaft, und wie ich schon bemerkt habe, Rhachitis ist eine ihrer Manifestationen. Daher müssen die statistischen Berichte der Autoren mit Vorsicht aufgenommen werden. Parrot folgte nur Boerhaave, der Rhachitis auch für Syphilis erklärte. Kassowitz, der unter ähnlichen Verhältnissen wie Parrot — freilich nur poliklinisch — seine Erfahrungen sammelte, kommt zu wenig besseren Resultaten. Von allen Kindern, welche ihm krankheitshalber vorgestellt werden, sind seiner Angabe nach 90 Procent rhachitisch, und die Mehrzahl von diesen sind es auf syphilitischer Basis. Auch George N. Acker (Rickets in Negroes, Arch. Ped. Dec., 1894) sieht bei den Negern in Washington sehr viel Rhachitis, sehr viel hereditäre Syphilis und sehr viel Tuberculose. Er geht so weit, zu sagen, dass die Eltern der sehr zahlreichen rhachitischen Kinder in Washington, unter der sehr armen und vernachlässigten Negerbevölkerung, in der Regel tuberculös oder syphilitisch sind. Aber er ist weit davon entfernt, Rhachitis für Syphilis zu erklären. Wie sehr übrigens das statistische Urtheil von der Klasse abhängt, in welcher Beobachtungen gemacht werden, davon giebt Ihnen Eustace Smith ein Beispiel, der ausdrücklich sagt, dass „Rhachitis in der syphilitischen Diathese selten ist.“ Rhachitis is rare in the syphilitic diathesis.

Diejenigen von uns, welche ihre Beobachtungen in der Poliklinik und in der Privatpraxis, oder nur in der letzteren,

anstellen, finden allerdings viele Fälle von Rhachitis, welche von Syphilis stammen, sind aber mehr geneigt, sich mit Cazin und Iconesco (Arch. Gén., Oct. '87) dahin zu erklären, dass es nicht mehr Syphilis unter rhachitischen Kindern, als im Durchschnitt giebt.

Wie früher bemerkt, sind manche klinischen Symptome der Syphilis und Rhachitis bei den ganz Jungen sehr ähnlich, oder gar gleich. In älteren Kindern ist die Diagnose vielleicht dadurch leichter, dass bei ihnen frische Rhachitis nicht leicht gefunden wird. Man hört aber doch von Rhachitis, welche bei Kindern von 4, 8, 12 Jahren und später auftreten soll. Mir sind auch solche vorgekommen, und ich weiss, dass ich solche retardirte Rhachitis notirt — nicht publicirt — habe. Es ist mir wahrscheinlich, dass viele der chronischen und acuten Rhachitiden aus späterem Alter Knochensyphilis waren. Vor einigen Wochen war bei mir ein Knabe von 13 Jahren, der über Schmerzen in beiden Unterschenkeln klagte. Dieselben dauerten anhaltend drei Jahre, und verstärkten sich häufig Nachts und bei schelchtem Wetter. Vater ist 14 Jahre verheirathet, nach diesem Erstgeborenen kam ein Abortus, ein Mädchen von 10 Jahren ist gesund, ein Knabe von 7 Jahren ist gesund, ein Mädchen von 4½ Jahren hat schlechte Zähne und spricht durch die Nase, ein Mädchen von 2½ Jahren ist gesund. Vater leugnet Syphilis, hat eine Induration an der corona glandis und zahlreiche Inguinal- und Schenkeldrüsen. Patient hat geschwollene Tibiaepiphysen oben, die spontan und auf Druck schmerzhaft sind; um die Uebergangsstelle zur Epiphyse und Diaphyse auf beiden Seiten ist die Geschwulst teigiger und semifluctuirend, die Geschwulst verliert sich nach unten langsam, nicht jäh absetzend, etwa 5 bis 6 cm. unterhalb dieser Stelle. Natürlich ist das Syphilis, nicht Rhachitis.

Ein 4-jähriger Knabe, der kürzlich vorgestellt wurde, hatte nachweislich syphilitische Eltern. Er war im ersten Jahre syphilitisch. Das obere Viertel seines rechten Vorderarms und dasjenige seines rechten Unterschenkels sind stark geschwollen, die entsprechenden Gegenden der linken Seite in geringerem Grade. Die Geschwulst war nicht auf die Epiphyse beschränkt, sondern erstreckte sich langsam abnehmend unterhalb der Linie der Wachsthumsknorpel, und betraf sowohl Knochen wie Periost. Beide Fälle sprechen entschieden gegen das Dictum Taylor's, der behauptet, dass syphili-

tische Schwellung der Epiphysen steil abfalle und dadurch characteristisch sei. Es giebt steile, es giebt allmählich abfallende Fälle; vielleicht ebenso wie in der Rhachitis, in welcher es von Gegenwart oder Abwesenheit der Betheiligung des Periosts abhängt, ob die Epiphysenschwellung sich isolirt oder als Theilerscheinung einer allgemeinen Schwellung darstellt.

In derselben poliklinischen Stunde wurde ein Baby von wenigen Monaten vorgestellt. Der Kopf war gross, grosse Fontanelle und Pfeilnaht sehr weit, Kronen- und Lambdanaht eng und die Knochen einander dicht anliegend, kleine Fontanellen leicht offen, die vier Seitenfontanellen noch nachweisbar, die Scheitelbeine nicht viereckig, sondern abgerundet an den Ecken, und ihre Ränder unregelmässig und gezahnt. Die differentielle Diagnose gegenüber der Aplasie war durch diesen Befund und durch die Localisation der Erweichung an den Rändern gegeben. Der Ursprung der rhachitischen Beschaffenheit wurde auch ohne die vorhandene Geschichte durch das gelegentliche Vorhandensein eines schnüffelnden Nasenathmens und die Gegenwart einer grossen Anzahl mässig geschwellter Hals-, Achsel- und Leistendrüsen gegeben. Es scheint also, dass die klinische Diagnose zwischen Rhachitis und syphilitischer Knochenkrankheit gelegentlich sehr schwer sein kann. Mit der Thatsache muss man sich eben durch die genaueste Untersuchung und das Stadium der Geschichte des Falles abfinden.

Ein Fall, in dem ich nahe daran war, eine falsche Diagnose zu stellen, ist der folgende: Vorgestellt wurde ein Knabe von 4 Jahren, der mir dadurch interessant war, dass er in beiden Knie- und Fuss- und Handgelenken Flüssigkeit hatte. Auch die Ellbogengelenke waren nicht frei. Beweglichkeit wurde nicht durch Schmerz, sondern, und zwar in mässigem Grade, durch die Schwellung behindert. Ich freute mich, einen Fall von subacutem Gelenksrheumatismus zu haben, der sich über viele Monate erstreckte. Die benachbarten Epiphysen waren beträchtlich geschwollen, die Perioste frei, die Zähne, Unterkiefer u. s. w. hatten n i c h t besonders gelitten, und die Geschichte der Entwickelung des ersten Jahres bot nur das Bild einer milden Rhachitis. Ruhe, Druck und antirheumatische Behandlung änderten nichts. Die Geschichte aber, welche ich Musse hatte, genauer zu eruiren, liess mich die Diagnose auf Syphilis umändern. Jodkalium veränderte den Zustand zum

Bessern in ganz kurzer Zeit, und mein interessanter Fall von chronischem Gelenksrheuma existirt nicht mehr.

In einer Reihe von Fällen kann die Differentialdiagnose zwischen Rhachitis und syphilitischer Osteochondritis gemacht werden wenn die Kinder sehr jung sind. Die syphilitische Varietät erscheint gelegentlich früh, um die 4. oder 5. Woche, die rhachitische meist später. Es giebt freilich schon, wie früher gesagt, congenitale Rhachitis. Die aber zeichnet sich durch Kürze und Dicke der Knochen und missgestaltete Epiphysen und Brustkorb aus. In rein syphilitischen Fällen giebt es keine Skoliose, wie in Rhachitis, einerlei ob dieselbe syphilitischen Ursprungs ist oder nicht. Wenn das erste der Fall ist, können übrigens bisweilen sowohl Wirbelsäule wie Schädel deform sein, und zwar recht früh, weil Syphilis die ganze Zeit des Uterinlebens Musse gehabt hat, sich auszubilden und in der Regel nicht rechtzeitig behandelt wurde. Am Schädel, anders wie bei nicht syphilitischer Rhachitis, ist uncomplicirte Syphilis selten. Ihre Diagnose von Rhachitis ist dadurch häufig gesichert, dass sich bei Syphilis vorzugsweise auf den Scheitelbeinen Granulom einstellt.

Ein Fall von Sclerodermie erfolgreich behandelt mit Extractum Thereoideae.

Von

Leonard Weber, M. D.

In einer der regelmässigen Sitzungen der New Yorker Neurologischen Gesellschaft im Winter 1895-'96 nahm ich Gelegenheit, einen wohl characterisirten Fall von Sclerodermie mitzutheilen, welchen ich 5 Monate hindurch mit Burrough's und Welcome's Tabletten von Extractum thyroid. (0,30 jede) behandelt und nicht nur wesentlich gebessert, sondern anscheinend zur Heilung gebracht habe.

An der Debatte über meinen Fall betheiligte sich Dr. B. Sachs und erzählte die Geschichte eines ähnlichen aus seiner Praxis, der von ihm zur selben Zeit beobachtet und ebenfalls mit Extractum thyroid. erfolgreich behandelt wurde.

Der Gendankengang, auf welchem Dr. Sachs und ich zum therapeutischen Versuche mit diesem Mittel gelangten, ist höchst wahrscheinlich der gleiche gewesen; der Zeit nach

decken sich unsere unabhängig von einander gemachten Beobachtungen.

Bei dem Durchlesen eines Artikels von Dr. A. Philippson in Hamburg „Die Behandlung der Sclerodermie", veröffentlicht in der Deutschen Med. Woch. 1897, No. 33, p. 528, dachte ich wieder an meinen Fall. In Bezug auf seine Aetiologie und Therapie ist derselbe von den Philippsonischen Fällen abweichend und geeignet, zu beweisen, dass die Aetiologie der hier verhältnissmässig recht selten zur Beobachtung kommenden Sclerodermie gewiss nicht so eindeutig ist, wie dies Ph.'s Ansicht zu sein scheint. Bekanntlich ist dieser Gegenstand auch auf dem diesjährigen Internationalen Medicinischen Congress zur Verhandlung gekommen, ein Beweis, dass man angefangen hat, demselben mehr klinisches Interesse zu schenken, mehr Wichtigkeit beizulegen, als bisher; um so lieber veröffentliche ich jetzt meinen Fall, der, wenn auch vereinzelt, doch lange genug von mir beobachtet worden ist, um in der Casuistik der Krankheit voller Berücksichtigung werth zu sein. Der Form nach gehört mein Fall zur Sclerodermie en plaques, zum grossen Theil auf die rechte obere Extremität beschränkt, jedoch progressiv im Verlauf. Die symmetrisch über den Körper verbreitete allgemeine Form ist mir unbekannt; von 2 weiteren Fällen von Sclerodermie en plaques, welche ich vor Jahren gesehen, habe ich leider keine Aufzeichnungen mehr finden können, so dass ich deren Mittheilung unterlassen muss.

Frau T., alt 33 J., multipara, stellte sich mir zuerst am 25. Oct. 1894 vor. P. ist mittelgross, ziemlich fett, sieht blass aus, hat dünnen Haarwuchs; steht, geht und bewegt sich nach jeder Richtung prompt und sicher, fühlt sich aber seit einem Jahre matt und arbeitsunlustig, klagt auch viel über Schmerzen in den Knien und Rücken. Appetit gut, Stuhlgang regelmässig, ab und zu Diarrhoe. Geistig erscheint P. normal, antwortet klar und präcis und erzählte ihre Leidensgeschichte in schlichter, aber anschaulicher Weise.

Von gesunden Eltern abstammend und auf Long Island geboren und erzogen, hat sie leichte Kinderkrankheiten durchgemacht, späterhin ziemlich häufig Intermittens gehabt. Vom 17. Jahre an besorgte sie Feld- und Hausarbeit, heirathete im 21. Jahre einen gesunden Farmer aus ihrer Nachbarschaft, gebar 5 Kinder; das jüngste vor 3 Monaten zur Welt gekommen, ist ein kräftiger Junge, den die Mutter noch stillt. Vor

ca. 3 Jahren hatte sie einen Abortus, bei dem viel Blut verloren wurde. P. sagt übrigens, dass bei allen Geburten mit und nach der Ausstossung der Placenta relativ viel Blut weggegangen und sie Wochen lange schwach und matt geblieben wäre.

Acuten oder subacuten multiplen Gelenkrheumatismus, worauf Dr. Phillipson Gewicht legt in der Aetiologie der Krankheit, erinnert sie sich nicht gehabt zu haben, dagegen schmerzen ihr die Kniee bei Bewegung und von selbst seit etwa 6 Monaten. Beide Kniee sind etwas geschwollen, das rechte mehr als das linke, und zeigen mässige subpatellare Flüssigkeitsansammlung. Bewegung der betreffenden Gelenke, activ und passiv, gut genug, mässige Empfindlichkeit gegen Druck, die Haut darüber weder besonders prall noch glänzend, nicht heiss. Andere Gelenke sind nicht afficirt, dagegen ermüden die unteren Rückenmuskeln leicht und schmerzen etwas; auch spürt P. leichte Neuralgien da und dort in den Extremitäten, hat häufige und lang andauernde Kopfschmerzen, welche nicht auf Nieren- oder Magendarmleiden beruhen.

Vor nicht ganz 3 Jahren bemerkte sie, dass einzelne Stellen der Haut der rechten Seite des Halses, Nackens und Armes hart und steif wurden, dass diese Partien an Umfang zunahmen, da und dort zusammenflossen und brettartig hart wurden. Seit 1½ Jahren traten bandartige, auffallend weisse Streifen an der Beugeseite des Vorderarmes dazu, welche narbenartig hervorragend sich gegen das Handgelenk zu verlieren. Der Gebrauch der Extremität ist seitdem etwas behindert. P. kann nicht mehr auf dem Felde arbeiten, besorgt jedoch ihre häuslichen Geschäfte nach wie vor.

Bei der Untersuchung zeigt es sich, dass die Sclerodermie an der Beugefläche des rechten Vorderarmes und der rechten Schlüsselbeingegend ziemlich gleichzeitig begonnen und über dem grössten Theil des Arms, Schulter, Nacken und oberen Hälfte der Brust sich ausgebreitet, die Mittellinie aber nicht überschritten hat. Einzelne Finger der Hand sind etwas steif, die ganze Extremität im Gebrauch etwas gehindert. Stirne, Kinn, Wangen und Unterlippe weisen kleine, mässig harte Plaques auf, in Folge dessen das Gesicht etwas verbreitert erscheint und einen mässig starren Ausdruck gewonnen hat. Alle sclerotischen Partien sind mehr minder bretthart, Druck- und Temperaturempfindung nicht verändert, Schmerzleitung etwas vermindert. Die Muskeln der Extremität und

des Gesichts normal, in ihrer Function etwas behindert durch die steife Verdichtung der Integumente. Hautoberfläche glatt, in der Farbe nicht auffallend verändert, hie und da weiss gestreift. Das Allgemeinbefinden der P. hat gelitten, obgleich Appetit fortwährend gut ist. Herz und Lungen normal, Milz etwas vergrössert, Uterus und Adnexa normal.

Von der Ansicht ausgehend, dass die Stoffwechselstörungen, welche der Entwickelung der Sclerodermie zu Grunde liegen, neuropathischen Ursprungs seien, wollte ich eine Arsenikcur versuchen, obgleich ich mir wenig davon versprechen durfte. Zunächst aber schien es geboten, die Malariacomplication zu bekämpfen; auf Chinin und Warburg's Tinctur, 14 Tage lang genommen, ging die Milzschwellung zurück, der Kopfschmerz verschwand auch. Sodann bestand die Indication, die rheumatischen Erscheinungen zu behandeln; P. nahm ca. 4 Wochen lang Salol 1,0 3—4 Mal täglich, ertrug das Mittel gut. Kniegelenkaffection und Gliederschmerzen wurden wesentlich gebessert, der Darmcatarrh geheilt. Das Allgemeinbefinden jedoch wurde nicht viel besser; die Sclerodermie blieb in statu quo. Anfangs December '94 wurde mit Fowl. sol. ars. 5 Tropfen tgl. begonnen und mit langsam ansteigenden Dosen bis zur Toleranzgrenze fortgefahren und dann wieder auf die ursprüngliche Dosis zurückgegangen und diese Behandlung im April '95 zu Ende geführt. Das Allgemeinbefinden der P. besserte sich durch den Arsenikgebrauch, die Sclerodermie ist aber so gut wie gar nicht beeinflusst worden.

Die mehr minder auffallende Aehnlichkeit der Hauterscheinungen der Sclerodermie mit denen des Myxoedems erregte nun bei mir den Gedanken, ob nicht die sclerodermische Ernährungsstörung auf ungenügender Thyreoideafunction beruhe; wenn so, dann sollte Extractum throid. in meinem Falle eine günstige Wirkung hervorbringen.

Patientin fing mit den Burrough's & Welcome Tabletten Extractum thyroid. (0,30 jede) im Mai an, und nahm 3—4 pro die. Nach jedem Hundert eine Woche aussetzend, hatte sie bis Ende November 500 Stück verzehrt. In diesem Zeitraum sah ich P. nur zweimal, notirte im September bedeutende örtliche und allgemeine Besserung, Ende November '95 aber war die Krankheit scheinbar geheilt. Haut und Zellgewebe erschienen normal, alle Bewegungen des Armes frei und leicht; Kopf- und Gliederschmerzen beseitigt; körperliche Leistungs-

fähigkeit ganz befriedigend. Das Extract wurde gut ertragen, störte weder die Herzfunction, noch hat es das Körpergewicht der P. auffallend vermindert.

Wenn ich auch nicht erwarten durfte, dass die Heilung schon jetzt von Dauer sein werde, so wollte ich doch zunächst abwarten, wie lange P. von einem Recidiv frei bleiben würde, bevor ich sie anwies, wie viel und wie häufig sie von dem Mittel weiter nehmen sollte. Erst im Mai '96 kam sie wieder und zeigte mir einzelne kleine Stellen am Arm und Schulter, die wieder hart geworden waren. Ich rieth ihr nun, von den Tabletten 3 pro die einen um den anderen Tag zu nehmen, und wenn alles gut gehe, nach 6 Monaten wieder zu kommen.

Ende October sprach sie vor, hatte kein Recidiv von Sclerodermie aufzuweisen, war aber in Folge von Malaria, von der sie nach der grossen Sommerhitze zu leiden hatte, ziemlich mitgenommen. Auf Chinin und tonisirende Behandlung erholte sie sich schnell.

In meiner Annahme, dass mangelhafte Thyreoideafunction mit der Sclerodermie in diesem Falle in causalem Zusammenhange stehe, durch den Erfolg der Therapie bestärkt, rieth ich P., nun vom Januar '97 an täglich 1 Tablet zu nehmen, hoffend, dass diese Dosis genügen möge, das muthmassliche Deficit im Chemismus des Systems zu decken. Das that sie denn auch und bot anfangs Juni d. J. durchaus normale Verhältnisse der früher erkrankten Theile dar. Körperlich und geistig war sie frisch und rüstig und ihr ganzes Erscheinen das einer gesunden Person.

25 West 46. Str.

Referate und Kritiken.

Lehrbuch der speciellen Chirurgie. Von Prof. Dr. E. Albert. Fünfte, umgearbeitete Auflage des Lehrbuches der Chirurgie und Operationslehre. Erster Band. Die Krankheiten des Kopfes, Halses, der Wirbelsäule, der Brust und des Armes. Wien und Leipzig, 1897. Urban und Schwarzenberg.

Die neue fünfte Auflage dieses allgemein bekannten und anerkannten Lehrbuches ist von vier Bänden auf zwei reducirt, ein Wagniss, welches nur einem so gewandten Schriftsteller, und einem so erfahrenen Lehrer wie Albert, gelingen dürfte, was um so schwieriger erscheint, als viel Neues gebracht werden musste, um das classische Werk auf die Höhe der modernen Zeit zu bringen.

Der Stil des Verfassers ist gleich anregend geblieben, und sehr häufig weiss Albert das Interesse des Lesers durch vielfache Ein-

streuung eigener Beobachtung besonders zu erregen. Dabei sind die Arbeiten Anderer, auch Ausländer, genügend berücksichtigt.

Die 317 Holzschnitte, welche den ersten Band begleiten, und die fast alle als gut, viele als geradezu vorzüglich bezeichnet werden müssen, tragen wesentlich dazu bei, das Interesse an diesem, mit Recht geschätzten Werke, zu erhöhen.

Leider ist vielen der im Texte eingedruckten Ilustrationen kein erläuternder Text beigegeben, und es fällt manchmal etwas schwer, die zugehörige Beschreibung zu finden. Zweifellos wird das Buch nach seiner Vollendung einen werthvollen Beitrag zu der Bibliothek des praktischen Arztes liefern.

O. Kiliani.

Zur praktischen Verwerthung der Drahtsäge. Von Dr. Leonardo Gigli, erster Assistent der chir. Abt. des Krankenhauses T. M. Nuova zu Florenz. Prof. G. Del Greco. Centralblatt für Chirurgie, No. 29, 1897.

Gigli empfiehlt seine schon im Jahre 1894 erfundene und beschriebene Drahtsäge, welche jetzt seit ihrer Verbesserung (Aenderung in der Härtungsmethode) zu allen operativen Zwecken verwendbar sein soll — ausser bei Operationen am Schädel. Prof. Del Greco und Verfasser rühmen nach dreijähriger Erfahrung der Säge nach, dass sie durch ihren dünnen, absolut glatten Schnitt, durch ihre Biegsamkeit, welche die Anwendung an irgend einem Theile des Sceletts erlaubt, jede andere Säge bei weitem übertrifft.

Zur Technik der Schädeloperation. Von Prof. Dr. A. Obalinski in Krakau. Centralblatt für Chirurgie No. 32, 1897.

Verf. benützt zur Eröffnung des Schädels, der von innen aufgesägt wird, zwei Instrumente: den Perforateur mit Krone nach Collin und die Drahtsäge nach Gigli (siehe oben). O. bohrt mit dem Collin 5—7 Oeffnungen durch die ganze Dicke des Schädels bis zur Dura, hobelt dann von einem Loch zum anderen die Dura ab (was allerdings manchmal nur sehr schwer und öfters gar nicht gelingen dürfte!—Ref.) leitet mit einer Ohrsonde oder Deschamp die Gigli Drahtsäge durch und durchsägt das Schädeldach von innen nach aussen mit Leichtigkeit. Auf diese Weise hätte also die Gigli'sche Drahtsäge auch auf die Schädeloperationen Anwendung gefunden, den einzigen Punkt, den ihr Erfinder ausnehmen zu müssen glaubte.

O. Kiliani.

Surgical Hints for the Surgeon and General Practitioner. By Howard Lilienthal, M. D. Assistant Attending Surgeon to Mt. Sinai Hospital, New York City. New York International Journal of Surgery, 1897.

Das kleine Heftchen, welches doch wohl mehr für den praktischen Arzt, als den Chirurgen geschrieben sein dürfte, enthält eine Reihe von kleinen practischen Winken, die, wenn auch nicht originell, so doch, wie der Verf. sich ausdrückt, ihrem Werthe nach practisch von ihm geprüft sind. Viele davon sind vorzüglich und man glaubt oft die reife Erfahrung des Lehrers des Verf. herauszuhören, während manche Aeusserungen, in der gegebenen Kürze wenigstens, leicht irreführen

könnten. Zur Microscopie jedenfalls scheint L. kein sehr grosses Zutrauen zu haben, dagegen um so grösseres zu den Röntgenstrahlen, zwei Punkte in denen ihm vielleicht mancher nicht beistimmen dürfte.

O. Kiliani.

L. Lewin, Lehrbuch der Toxicologie, 2. Auflage. Wien. Urban und Schwarzenberg, 1897.

Der Verfasser nennt in der Vorrede dieses Buch ein Werk, welches **zum ersten Male den vollständigsten** und weitesten Ueberblick über **das toxicologische Material unserer Erde** liefert. Dieser stolze Ausspruch wird jedem, der das Lewin'sche Buch zur Hand nimmt, berechtigt erscheinen, denn dasselbe enthält eine Fülle von Material, welche geradezu in Erstaunen setzt. Es ist aber nicht nur die enorme Litteraturkenntniss des Verfassers, welche Bewunderung verdient, sondern auch seine Kritik. Als Nachschlagebuch ist das Werk die reine Fundgrube, und es lässt sich wohl kaum ein toxicologisches Object nennen, welches nicht seine Stelle gefunden hätte und in competenter, wenn auch oft knapper Weise besprochen wäre.

Fritz Schwyzer.

Jahrbuch der Practischen Medicin. Herausgegeben von Dr. J. Schwalbe in Berlin. Stuttgart, Verlag von Ferdinand Enke, 1897. Pr. $3.75.

Die von Dr. Paul Börner begründeten Jahrbücher der Pract. Medicin haben sich unter den Aerztekreisen eine Beliebtheit verschafft, welche durch den vorliegenden Jahrgang '97 sicherlich keine Einbusse erleiden wird. Es ist in unserer Zeit, in der so viel geschrieben wird und in der es auch dem fleissigsten Arzte nicht möglich ist, aus all den Zeitschriften und anderen litterarischen Neuigkeiten das Werthvolle und Wichtige herauszufinden, unerlässlich, dass gerade in der Form der Jahresberichte ihm das viele neue in leicht verdaulicher und übersichtlicher Form vorgeführt werde, und dieser Aufgabe entsprechen die Schwalbe'schen Bücher in gediegenster Weise. Während aber andere Jahrbücher, sei es durch ihren Umfang und den dadurch bedingten hohen Preis, sei es durch ihre ganze zu sehr ins Einzelne gehende Behandlungsweise nur für einen beschränkten Leserkreis bestimmt sind, ist das vorliegende Jahrbuch so recht dem practischen Arzt auf den Leib geschnitten. Schon der geringe Preis macht es jedem zugänglich, und dadurch, dass dasselbe jetzt in einzelnen Lieferungen (in diesem Jahr fünf), herauskommt, machen sowohl die finanzielle Anschaffung, und vielleicht auch die geistige Durcharbeitung und Würdigung leichter. Alles, was das laufende Jahr in den verschiedenen Disciplinen der Medicin hervorgebracht, ist hier in übersichtlicher, klarer und doch nicht zu kurzer Form, natürlich mit sorgfältiger Quellenangabe, zusammengestellt. Hier folge die Eintheilung der einzelnen Kapitel mit der Angabe ihrer Bearbeiter: I. Allgemeine Pathologie und pathologische Anatomie (einschliesslich Bacteriologie), von Prof. Dr. Hugo Ribbert in Zürich; II. Innere Medicin. 1. Krankheiten des Nervensystems, Prof. Dr. Seeligmüller in Halle; 2. Psychiatrie, Dr. Lewald in Kowanowko, Posen; 3. Krankheiten der Athmungsorgane, Dr. J. Schwalbe, Berlin; 4. Krankheiten der Kreislaufsorgane, derselbe;

5. Krankheiten der Verdauungsorgane, Prof. Dr. Th. Rosenheim, Berlin; 6. Krankheiten der Harnorgane (ausschliesslich der chirurgischen und venerischen), Prof. Dr. Fürbringer und Dr. H. Stettiner, Berlin; 7. Acute allgemeine Infectionskrankheiten und Zoonosen, Dr. Freyahn in Berlin; 8. Constitutionskrankheiten, Privatdocent Dr. Maximilian Sternberg in Wien; III. Chirurgie (einschliesslich der Unfalls- und Kriegschirurgie), Dr. Paul Wagner, Privatdocent an der Universität Leipzig; IV. Geburtshülfe und Gynäcologie, Dr. A. Czempin, Frauenarzt in Berlin; V. Augenheilkunde, Prof. Dr. C. Horstmann, Berlin; VI. Ohrenkrankheiten, Dr. H. Koch, Braunschweig; VII. Krankheiten der Nase, des Nasenrachenraums, des Mundes, des Kehlkopfs und der Luftröhre, Prof. Dr. A. Jurasz, Heidelberg; VIII. Haut- und venerische Krankheiten, Dr. Max Joseph, Berlin; IX. Kinderkrankheiten, Privatdocent Dr. H. Neumann, Berlin; X. Climatologie, Hydrotherapie, Balneologie, Docent Dr. Clar in Wien-Gleichenberg; XI. Arzneimittellehre und Toxicologie, Prof. W. F. Loebisch, Innsbruck; XII. Gerichtliche Medicin, Prof. Dr. Fr. Strassmann, Berlin; XIII. Oeffentliches Gesundheitswesen, Hofrath Prof. Dr. A. Gärtner, Jena.

Michel.

Dreizehnter Jahresbericht über die Fortschritte und Leistungen auf dem Gebiete der Hygiene. Jahrgang 1895. Herausgegeben von Dr. R. Wehmer, Braunschweig, Druck und Verlag von Friedrich Vieweg & Sohn. 1897.

Was das Schwalbe'sche Jahrbuch für die gesammten Gebiete der Medicin, — ein zuverlässiges Nachschlagebuch für den Arzt — das ist das vorliegende Werk für den speciellen Zweig der Gesundheitspflege und bei dem berechtigten Interesse, welches heute von allen Seiten dieser Disciplin entgegengebracht wird, ist es nicht zu verwundern, dass diese Jahresberichte zu einem eigentlichen Bedürfnisse nicht nur für die ärztlichen Kreise, sondern selbst für einen weiteren Kreis von Gebildeten geworden sind. Alle Gebiete der Hygiene, die Gesetzgebung in den verschiedenen Culturstaaten, die Infectionskrankheiten, die Schul-, Gewerbe- und Bauhygiene, die Fürsorge für Kranke, Invalide, Altersschwache und Irre, die neuesten Arbeiten über die Nahrungsmittel, über Licht, Luft und Heizung sind in trefflichen Referaten bearbeitet und wenn man alle die Bestrebungen und Fortschritte auf diesen verschiedenen Gebieten überblickt, dann muss man sicherlich ein unverbesserlicher Pessimist sein, wenn man diesem Aufwachsen der jungen Pettenkoferschen Wissenschaft, die noch vor wenig Jahren selbst in Deutschland über wenige Lehrstühle an den Hochschulen verfügte, die Bewunderung versagt. Schade ist nur, dass diese Bearbeitung des Jahres 1895, welches für immer durch Röntgens Entdeckung in der Geschichte des Menschengeschlechtes denkwürdig sein wird, erst jetzt erschien und es ist zu hoffen, dass der dem Jahre 1896 gewidmete Band bald nachfolgen wird.

Diese Jahresberichte, von welchen die ersten zehn von Uffelmann herausgegeben worden waren, erscheinen als Supplemente der Deutschen Vierteljahrsschrift für Gesundheitspfege (redigirt von Dr. A. Spiess und Dr. M. Pistor), auf welche wir bei dieser Gelegenheit aufmerksam machen möchten.

Schon ein Blick auf das blosse Inhaltsverzeichniss dieser vornehmsten aller hygienischen Zeitschriften lässt uns ihren hohen wissenschaftlichen Standpunkt erkennen. Jedes Heft für sich ist ein Stück Culturgeschichte. So enthält das dritte Heft '97 die folgenden Originalarbeiten: Die städtische Verbrennungsanstalt für Abfallstoffe am Bullerdeich in Hamburg von F. Andreas Meyer. Die Entwicklung der landschaftlichen Medicin und Gesundheitspflege in Russland von Prof. Dr. F. Erismann (Zürich). Die Erkrankungen der Zinkhüttenarbeiter und hygienische Massregeln dagegen von Dr. Seiffert (Antonienhütte). Die Wohnungsinspection in der Stadt Posen von Dr. Landsberger. Zur Geschichte der Leprafrage in Norwegen von Prof. Dr. Axel Holst (Christiania). Die Anforderungen der Hygiene an den häuslichen Betrieb der Geburtshülfe von Geh. Med. Rath Dr. Oscar Schwartz (Cöln). An diese Originalarbeiten schliesst sich eine stattliche Anzahl gediegener Referate und den Schluss des Heftes bildet eine sorgfältig gesichtete Aufzählung der neu erschienenen Schriften über öffentliche Gesundheitspflege.

Michel.

Die Serumbehandlung der Diphtherie. Von Dr. F. Ganghofner, Professor an der Universität in Prag. Jena, Verlag von Gustav Fischer, 1897. Preis im Einzelverkauf Mk. 2.

Die vorliegende Monographie erscheint als erstes Supplementheft des grossen therapeutischen Handbuches von Pentzoldt und Stintzing. Diese Supplementbände wurden von der Verlagshandlung in Aussicht gestellt, um das Werk stets auf der Höhe der Zeit zu erhalten und Fragen, die entweder neu vor das ärztliche Publicum treten, oder welche beim Erscheinen der betreffenden Capitel noch nicht genügend abgeklärt waren, später nachzutragen und so die Einheit und Vollständigkeit des so grossartig angelegten Hauptwerkes zu sichern. Gerade bei der Serumbehandlung der Diphtherie traf dies zu, denn als der erste Band „Ueber Infectionskrankheiten" erschien, hatte Behring seine epochemachende neue Behandlung der Diphtherie eben veröffentlicht und dieselbe war erst in das erste Versuchsstadium getreten. Seitdem ist das Serum an allen grossen Kliniken und von Tausenden von practischen Aerzten am Krankenbette geprüft worden und die Litteratur über dasselbe würde jetzt schon ganze Bände füllen. Wenn deshalb die Frage stets noch ihre streitigen und unklaren Puncte aufweist, so ist sie doch schon urtheilsreif, mit der Einschränkung, dass wir in den nächsten Jahren unsere Ideen darüber immerhin noch etwas zu modificiren haben werden. Als Leiter der internen Station des Franz-Joseph-Kinderspitals in Prag konnte Ganghofner selbst über eine sehr grosse eigene Erfahrung verfügen, und da er zudem die vorhandene Litteratur gewissenhaft durchgesehen und verwerthet hat, so haben wir hier eine mehr als blosse individuelle Bearbeitung des Themas vor uns. Ganghofner ist ein entschiedener Anhänger der Serumbehandlung. Nachdem er im ersten Abschnitte die bacteriologische Seite, sowie die existirenden Theorien über die Immunisirung mit Serum überhaupt behandelt, bringt er im zweiten eine Zusammenstellung der wichtigsten veröffentlichten Statistiken über die neue Diphtheriebehandlung. Er selbst fand bei seinen Fällen (500) mit Serumtherapie

eine Mortalität von 14,8 Procent, während dieselbe in dem Zeitraum 1887—1893 durchschnittlich 50,4 betragen hatte. Sehr interessant sind die Erfahrungen des Autors im Jahre 1894. Damals stand das Heilserum noch nicht regelmässig zur Verfügung, indem die Sendungen zuweilen ausblieben, so dass während einigen Monaten in vielen Fällen von der Serumbehandlung abgesehen werden musste. Das Resultat war: von 144 ohne Serum Behandelten starben 62 = 43 Procent, von den 129 Serumfällen dagegen nur 17 = 13,17 Procent. Kann schon bei der Gesammtsterblichkeit eine so grosse Differenz nicht wohl durch einen Zufall erklärt werden, so ist ein solcher erst recht bei der Betrachtung der operirten diphtheritischen Larynxstenosen auszuschliessen. In den zwei Berichtsjahren '94 und '95 betrug die Mortalität der mit Serum behandelten Operirten 25,97 Procent, eine Ziffer, welche nicht einmal die Hälfte der früher bei dieser Categorie von Diphtherieerkrankungen beobachteten Mortalität beträgt. Im Anschluss an sein eigenes Material bringt nun Ganghofner die von anderen Autoren erhaltenen Resultate, besonders Baginsky, Heubner, v. Widerhofer, Escherich etc., sowie die Ergebnisse der grossen Sammelforschungen, welche vom deutschen kaiserlichen Gesundheitsamt, sowie der americanischen pädiatrischen Gesellschaft angestellt wurden. Nach diesen Berechnungen, die alle mehr oder weniger günstig für die Serumbehandlung lauten, gibt Ganghofner auch den Zweiflern und Gegnern, Gottstein, Soerensen u. A., das Wort, wenngleich dieselben in der grossen Minderzahl sich befinden und im Verhältniss über ein geringes Material verfügen. Bei den ungünstig lautenden Statistiken wurde das Serum erst nach mehrtägiger Krankheitsdauer angewendet. Gottstein andererseits ist der Ansicht, dass für die Form der Ausbreitung einer contagiösen Krankheit nicht die Beschaffenheit des Contagiums, sondern die Empfänglichkeit der Gattung das Entscheidende sei, mit anderen Worten, dass die Serumbehandlung zufällig mit einer Zeit zusammentraf, wo der „Contagionsindex (Gottstein nennt so die Zahl, welche ausdrückt, wie viele von je 100 Menschen, die mit dem Contagium nachweislich in Berührung waren, auch wirklich daran erkranken) aus natürlichen Ursachen ein sehr geringer war. So sei die geringere Mortalität die Folge des Zusammentreffens eines natürlich abgeschwächten Virus mit widerstandsfähigeren Menschen. Mögen auch solche „gesetzmässige Erscheinungen" bei den epidemischen Krankheiten eine Rolle spielen, so sind die Resultate, welche zu gleicher Zeit in allen grösseren Städten des Continents, Englands und Americas gefunden wurden, so glänzende, dass Ganghofner eine günstige Beeinflussung der diphtheritischen Erkrankung durch die Serumtherapie als statistisch erwiesen betrachtet.

Im weiteren Verlaufe seiner Arbeit geht der Verfasser auf die genauen klinischen Beobachtungen im Verlaufe der Diphtherie unter dem Einflusse der Behring'schen Behandlung ein, spricht über die Bedeutung des Serums auf die Krankheitsdauer, die Beeinflussung des localen Processes, welche besonders bei der diphtheritischen Larynxaffection eine überraschende ist; schwieriger ist die Beurtheilung der Serumwirkung auf das Allgemeinbefinden der Kranken, auf das Verhalten von Temperatur und Puls, weil diesen Symptomen so wie so oft ein

typischer Character bei der Diphtherie abgeht. In Bezug auf die postdiphtheritischen Lähmungen kommt Ganghofner zum Schlusse, dass ihr Vorkommen bei mit Serum behandelten Diphtheriekranken nicht gegen die Serumwirkung, ja in gewissem Sinne (Häufigkeit des Erlebens von Lähmungen) sogar direct für eine solche Wirkung spreche. Es ist jedoch auf Grund aller klinischen Erfahrungen kein Anhaltspunct gegeben, diese Wirkung als eine das Herz schädigende, als eine Art Giftwirkung auf das Herz aufzufassen. Zu analogen Schlüssen kommt der Autor bei der Albuminurie und Nephritis, die auch nach der Serumeinspritzung gerade wie ohne dieselbe einsetzen kann, die aber nach allen vorliegenden Erfahrungen nicht ungünstiger verläuft, als vor der Serumbehandlung. Bei den so zahlreich ausgeführten prophylactischen Injectionen hat man Nierenaffectionen bezw. Albuminurie nie beobachtet.

Als in einzelnen Fällen auftretende unangenehme Nebenwirkungen der Serumtherapie erwähnt Ganghofner die folgenden: verschiedene Exantheme (Serumexantheme), Temperatursteigerungen, Gelenkschwellungen und Gelenkschmerzen, mehr oder weniger intensive Störungen des Allgemeinbefindens. Ganghofner fand in 22 Procent seiner eigenen Fälle die erwähnten Exantheme. Von practischer Bedeutung sind dieselben, indem sie zur Verwechslung mit Scharlach, Masern, resp. einem Uebersehen dieser Krankheiten führen können. Die Exantheme sind aber nicht dem Antitoxin, sondern dem Thierserum als solchem zur Last zu legen, wie experimentell nachgewiesen wurde. Mit der Verbesserung, resp. der Vereinheitlichung der Serumausgaben haben übrigens die Nebenerscheinungen bedeutend abgenommen und zeigen im allgemeinen einen milden und ungefährlichen Character. Es liegt kein einziger beweisender Fall vor, wo man berechtigt wäre, den tödtlichen Ausgang dem Serum beizumessen. Ganghofner spricht sich entschieden für eine möglichst frühzeitige Anwendung des Serums aus, Mischinfectionen ergeben dieselben günstigen Resultate, hingegen scheint die übrigens seltene reine Streptococcendiphtherie ein weniger günstiges Feld für die Serumbehandlung abzugeben.

In weiteren Capiteln spricht Ganghofner über die prophylactischen Injectionen, über welche er ein abschliessendes Urtheil noch nicht am Platze findet, über die Gewinnung und die staatliche Controlle des Diphtherieheilserums, über die Technik und die Dosirung der Injectionen und endlich die Frage der Localbehandlung neben den Seruminjectionen, welche er unnöthig findet in den frischen nicht vorgeschrittenen Fällen von Rachendiphtherie, während bei grösserer Ausdehnung des Krankheitsprocesses eine locale Behandlung in Form von ausgiebigen Irrigationen der Mundrachenhöhle mit indifferenten oder schwach desinficirenden Mitteln angezeigt ist. Den Schluss des Buches bildet eine Litteraturübersicht.

Die Ganghofner'sche Monographie wird den Abbonnenten des Pentzoldt-Stintzing'schen Sammelwerkes eine zeitgemässe und willkommene Ergänzung sein, doch auch für sich allein kann sie jedem Arzte als eine abgerundete und ohne Voreingenommenheit geschriebene Abhandlung über eines der wichtigsten Capitel der modernen Therapie empfohlen werden.

Die Herausgeber des Pentzoldt-Stintzing'schen therapeutischen Handbuches können übrigens mit Genugthuung auf ihre Arbeit als einen nicht blos wissenschaftlichen Erfolg blicken, denn kaum ein halbes Jahr nach dem Abschluss der ersten Auflage stellte sich schon das Bedürfniss nach einer zweiten ein und bereits liegt der erste Band derselben vor uns. Derselbe behandelt die Infectionskrankheiten und selbtsverständlich hat hier Ganghofner in seinem Capitel über die Diphtherie die im Supplementheft der ersten Auflage entwickelten Ideen niedergelegt, wie überhaupt gerade dieser erste Band der Natur seines Inhaltes entsprechend, schon bedeutende Ergänzungen aufweist. Indem wir uns ausführlichere Referate für später vorbehalten, begnügen wir uns, heute auf den für die Herausgeber wie auch für die Verlagshandlung gleich erfreulichen Erfolg des Werkes hinzuweisen.

M i c h e l.

Atlas der Klinischen Untersuchungsmethoden nebst Grundriss der Klinischen Diagnostik und der speciellen Pathologie und Therapie der inneren Krankheiten. Von Dr. Christfried Jakob. München, 1897. Verlag von J. F. Lehmann. Preis $3.35.

Das vorliegende Buch reiht sich als Band 15 an die bis jezt erschienenen Lehmann'schen medicinischen Handatlanten an. Im ersten Theil finden wir nach eigenen Präparaten gezeichnete Tafeln, welche die klinische Microscopie und die chemischen Farbenreactionen zum Gegenstand haben, während im zweiten und dritten Theile die normalen Organprojectionen und percussorische Topographie bildlich behandelt sind, an welche sich gegen 40 Schemata von Lungen- und Herzkrankheiten, sowie Abdominalerkrankungen anschliessen. Sowohl die Auswahl der Abbildungen, wie auch ihre Ausführung, muss als eine vorzügliche bezeichnet werden, obwohl nicht verschwiegen werden darf, dass an verschiedenen Stellen der Text mit der dazugehörigen Tafel nicht genau stimmt, ein Mangel, der bei einer sorgfältigen Correctur in den nächsten Auflagen, welche dem im übrigen vortrefflichen Werk sicherlich nicht ausbleiben werden, vermieden werden kann. Nebst dem, die einzelnen Tafeln erläuternden Text, bringt uns der Verfasser noch einen kurz und prägnant geschriebenen Grundriss der klinischen Diagnostik und der speciellen Therapie und Pathologie der inneren Krankheiten, der weit davon entfernt, ein blosser Auszug aus irgend einem Lehrbuch zu sein, sehr anziehend geschrieben ist und eine Reihe origineller Anschauungen bringt. Das Buch von Jakob, welcher übrigens auch der Verfasser des Atlas des gesunden und kranken Nervensystemes (Bd. 9 der Handatlanten) ist, bildet ein werthvolles Glied der, mit so grossem Beifall aufgenommenen, Lehmann'schen Atlanten.

M i c h e l.

Wissenschaftliche Zusammenkunft deutscher Aerzte.

110 West 34. Strasse.

Sitzung vom 28. Mai 1897.

Vorsitzender: Dr. Wm. Balser.

VORSTELLUNG VON PATIENTEN:

1) Dr. A. Jacobi: Kind mit einer Fistula colli congenita. Die ersten Berichte darüber in der Literatur finden wir bei Sander 1829, später ist diese Missbildung von Leuzinger im 20. Band von Virchow's Archiv an Hand von 100 Fällen beschrieben worden. Diese Art Fisteln sind in der Regel complet, d. h. sie gehen vom inneren Rand des Sternocleidomastoideus bis gegen den Gaumen, um mit einer inneren Oeffnung in den Pharynx zu münden. Eine angeführte Statistik von 44 Fällen ergab ein Drittel complete, und zwei Drittel incomplete Fisteln. In dem letzteren Falle haben wir in der Regel die Oeffnung nach aussen, selten sind die Fisteln, welche ein vom Pharynx ausgehendes Divertikel bilden. Es sind bis jetzt wenig Heilungen berichtet worden, doch wurden einge gute Erfolge von der Anwendung von Jodtinctur behauptet. Bei der Sondirung sehen wir, dass es sich auch bei unserem Fall um eine complete Fistel handelt.

Discussion: Dr. Jacobi frägt die anwesenden Chirurgen an, ob ihnen etwas bekannt sei über chirurgische Erfolge bei dieser Affection. Dr. Willy Meyer hat schon incomplete Fisteln operirt. An die Jodbehandlung bei Fisteln, die mit Flimmerepithel ausgekleidet sind, glaubt er nicht, hingegen hat er schon mit Erfolg den Paquelin angewendet. Ueber complete Fisteln hat er keine Erfahrung, doch hält er es vom Standpunkte des Chirurgen aus als das allein richtige, die Fistel in ihrer ganzen Ausdehnung zu spalten und zu exstirpiren. Dr. Kammerer hat eine in dieser Weise operirte complete Fistel heilen sehen.

2) Dr. Richard Stein zeigt einen 11-jährigen Jungen, der mit allgemeinen Klagen über Schwäche, oft auftretendes Schwindelgefühl und Nasenbluten in das Dispensary kam. Knabe ist schmächtig gebaut, mit durchsichtigem Teint; ausgeprägte Cyanose an den Lippen und den Extremitäten, besonders den Zehen, die Extremitäten sind zudem ganz kühl. Deutlich ausgesprochener Venenpuls. Herzshok diffus, nach rechts verbreitert. Respiration 30. Der Puls ist bei sitzender Stellung 90, steigt aber bei ganz leichter Anstrengung sofort auf 120—130. Percussion: Herzton im 5. ICR an normaler Stelle, nach rechts hin hypertrophische Dämpfung über den rechten Sternalrand hinaus. Auscultation: Normaler Herzton überall, mit Ausnahme der Pulmonalis, über welcher ein rasches, hohles systolisches Geräusch, ohne jeden präsystolischen Character, zu hören ist, und zwar constant bei Liegen und bei Stehen. Bei der Einathmung ist es mehr accentuirt, dazwischen sind reine Hertöne durchzuhören. Hämoglobin 75 Procent. Allgemeine Anämie, doch die übrigen Organe normal. Temperatur im Anus war einmal 102, niemals höher.

Wie das Geräusch erklären? Man dachte erst an Endocarditis an der Arteria pulmonalis, allerdings hat der Knabe keinen Rheumatismus durchgemacht. Bei der Beurtheilung der systolischen Geräusche hat

man immer in erster Linie an die anämischen Geräusche zu denken. Redner macht aufmerksam auf eine Arbeit von Leube, in welcher dieser Autor dieses Gebiet so ziemlich erschöpft haben mag. Man kann auch an eine Mitralinsufficienz denken, denn diese Geräusche sind oft an anderen Stellen als an der Herzspitze hörbar, so oft auch an der Pulmonalis. Die Erklärung ist endgültig durch Naunyn gegeben worden, welcher sagt, dass die Geräusche in der Richtung des Blutstromes fortgepflanzt werden. Der Vortragende hält den Fall für eine Endocarditis auf dem Boden eines früher bestandenen Vitium cordis. Die erworbenen Herzfehler an der Pulmonalis sind sehr selten, doch wurden solche Fälle von A. Jacobi, Henoch, Frehrich u. A. beschrieben. Haben wir es hier mit einer angeborenen oder erworbenen Stenose zu thun? Im ersten Fall sind in der Regel noch andere Miss- oder Hemmungsbildungen damit verbunden. Hier spricht alles dagegen.

Discussion: Dr. A. Jacobi fragt, ob die Cyanose schon bestanden habe, als der Junge noch klein war. Dr. Stein: Nein. Dann denkt Dr. Jacobi an die Möglichkeit, dass eine sehr geringgradige congenitale Stenose bestanden habe, die nicht genügte, den Schluss des Septums zu verhindern und auch keine Cyanose zu bewirken im Stande war. Dr. J. Adler andererseits ist der Ansicht, dass man überhaupt von einer congenitalen Entstehung abstrahiren könne. Von früheren anormalen Zuständen liegt nichts vor, der Fall ist mit Fieber in die Behandlung gekommen, also nicht eine an der Pulmonalis localisirte acute Endocarditis annehmen. Dass es sich um eine Stenose handelt, ist ausser Zweifel.

3) Dr. Fred. Kammerer: Fall von Neurose, complicirt mit rechtsseitiger Wanderniere. Die 32-jährige Patientin war früher immer gesund, ist seit 6 Jahren verheirathet. Keine hereditäre Belastung. War nie schwanger. Während der vergangenen sieben Jahre leidet Patientin an periodisch auftretendem Erbrechen. Dasselbe tritt gewöhnlich nach einer reichlichen Mahlzeit ein, erfolgt ohne Würgen, wobei grosse Massen bräunlichen Inhaltes entleert werden. Fast stets hat sie ein Gefühl der Völle und des Unbehagens, zeitweilig Schmerzen, und stets grossen Durst. Sie wurde mehrfach behandelt, auch in Spitälern. Als ich Patientin im September vorigen Jahres sah, war sie sehr abgemagert. Sie wurde mir von einem tüchtigen Collegen mit der Diagnose Pylorusstenose zugeschickt. Ich glaubte einen Tumor in der Pylorusgegend zu fühlen, bei näherer Untersuchung im Spital fehlte dieser Befund, dagegen constatirte man eine deutliche Wanderniere. Subjectiv bestand Gefühl der Müdigkeit und Schlafsucht. Keine Krämpfe, Contracturen, An- oder Paraesthesien. Genitaltract normal. Untersuchung des Mageninhaltes ergab ebenfalls normale Verhältnisse. Das einzige objective Symptom war die bewegliche Niere, wovon Pa. Langmann hat vor einigen Jahren hier einen Fall vorgestellt, den er nur um ein reflectorisches Erbrechen, in Folge der Wanderniere, handeln. Dementsprechend wurde am 14. September die Nephrorrhaphie ausgeführt. Operation und Wundverlauf waren normal, der Erfolg ein glänzender, das Erbrechen blieb weg, Patientin fühlte sich wohl und nahm an Gewicht bedeutend zu. Ende Februar bestand derselbe günstige Zustand. Vor einigen Tagen nun erschien Patientin wieder

auf der Bildfläche mit absolut denselben Klagen wie vor der Operation. Natürlich dachte man an ein Wiederbeweglichwerden der Niere, allein dieselbe sitzt fest an der normalen Stelle und die minutiöseste Untersuchung aller Organe ergibt einen negativen Befund.

Es handelte sich also in unserem Fall von Anfang an um eine reine Neurose, die zufällig mit einer Wanderniere zusammenfiel. Der vorzügliche therapeutische Erfolg war ein rein suggestiver und der Fall ist deshalb wohl werth, als ein Paradigma für diese nicht gar so seltene Art der Heilwirkung nach Operationen erwähnt zu werden, und man wird nicht fehl gehen, auch eine Anzahl der günstigen Resultate von Castrationen bei Frauen in diese Rubrik einzureihen.

Discussion: Dr. Willy Meyer frägt an, ob nicht auch auf der anderen Seite eine Wanderniere vorliege. Dr. Kammerer: Nein. Dr. Langmann hat vor einigen Jahren hier einen Fall vorgestellt, den er in Erinnerung bringen möchte. Es handelte sich um einen Tumor in der Pylorusgegend, der ganz die Form und Gestalt der Niere hatte, und auf dessen Bestehen das Erbrechen über welches die Patientin klagte, zurückgeführt wurde. Ehe man einen Chirurgen consultirte, constatirte Dr. Langmann das Vorhandensein einer Retroflexio uteri und auf die Behandlung derselben gingen alle Beschwerden zurück. Dr. Balser kennt den heute vorgestellten Fall aus dem deutschen Hospital und erklärt, dass auch dort an das Bestehen einer Hysterie gedacht wurde.

4) Dr. Guttmann stellt eine Patientin vor, welche eine Missbildung des Auges darbietet. Die äusseren Theile des Auges sind normal in ihrem anatomischen Bau, doch ist eine functionelle Störung in Form eines mittelstarken Mystagmus zu constatiren. Die Iris beider Augen hat einen dreieckigen Spalt, welcher von der Peripherie bis zur Pupille reicht,ebenso besteht partielle Cataracta congenita. Interessant wird der Fall dadurch, dass die Augenmissbildung ebenfalls in anderer Form auf ihr, vor einem halben Jahr geborenes, Baby überging. Während aber bei der Mutter nur Linse und Iris in ihrer Bildung beeinträchtigt sind, weist das Kind einen Microphthalmus mit Cataracta polaris anterior congenita auf beiden Augen auf.

5) Dr. A. Jacobi zeigt ein Mädchen mit Spina bifida, welche in sehr günstiger Weise von der Behandlung mit Morton'scher Lösung beeinflusst wurde. Diese Lösung, aus einem Theil Jod, 3 Theilen Jodkali und 8 Theilen Glycerin bestehend wurde in Dosen von 12 Tropfen eingespritzt und die Geschwulst, welche früher faustgross war, ist mindestens ein Drittel zurückgegangen. Zudem hat sich statt der früher als Bedeckung dienenden zarten Meningealhaut eine richtige Hautdecke gebildet.

6) Dr. A. Reich. Fall von Milztumor. E. J., 45 Jahre alt, 16 Jahre verheirathet, hatte 2 Kinder, 4 Mal abortirt, das letzte Mal vor 10 Jahren. Menstruation normal seit ihrem 13. Jahre. Mutter starb an Morbus Brighti, 56 Jahre alt, der Vater mit 60 Jahren an einem Herzleiden, eine Schwester starb an einer Nervenkrankheit. Seit 16 Jahren Malaria. Klagt hauptsächlich über wellenartige Frostanfälle die vom Hinterhaupt bis zu den Fussspitzen ziehen. Zeitweise heftige Kopfschmerzen und Gefühl von Abgespanntsein. Status praesens: Mittel-

grosse Frau, leicht erregbar. Fettpolster schwach entwickelt. Brustorgane normal. Unterleib: Diastase der Recti. Musculatur atrophisch, lässt Darmschlingen deutlich sehen . Im linken Hypochondrium lässt sich eine länglichovale, leicht bewegliche Geschwulst fühlen. Dieselbe ist glatt an der Aussenseite und hat eine deutliche Einkerbung an der Innenseite und ist ziemlich hart. Die Maasse sind 26 cm. Längendurchmesser und 6 cm. in den anderen Richtungen. In liegender Position kann der Tumor bis unter die Rippen, oder bis über die Mittellinie und stark nach dem Hypochondrium gezogen werden. Der Tumor ist schmerzlos, wächst nicht, die Auscultation ergibt ein lautes Milzgeräusch. Die Milz an normaler Stelle nicht percutirbar. Hinten und oberhalb der Geschwulst lässt sich ein zweiter Tumor fühlen, der als linke Niere anzusehen ist. Der Magen ist in sogenannter Verticalstellung.

Discussion: Dr. A. Jacobi frägt, ob Milz und Niere beweglich sei. Dr. Willy Meyer antwortet, dass er hinter der grösseren Geschwulst eine zweite Resistenz fühlen könne, welche er als Niere anzusprechen geneigt sei. Im übrigen habe die Patientin wenige Beschwerden, sonst würde er zu einem operativen Eingriff in Form einer Splenopexie, wie sie von Rüdiger und Bardenheuer ausgeführt wurde, rathen. Dr. J. Adler findet, dass, da man es zweifellos mit einer bedeutend vergrösserten, nicht nur dislocirten Milz zu thun habe, die knotenförmige Erhebungen beim Palpiren erkennen lasse, so sei es denkbar, dass es sich um eine Malariamilz handle, und er möchte sich die Gelegenheit nicht entgehen lassen, an derselben den therapeutischen Erfolg unserer internen Mittel, als Ergotin, Chinin und Arsenik gleichsam unter den Händen zu beobachten.

7) Dr. Henry Heiman stellt ein 10-jähriges Mädchen vor, welches ihm von einem Collegen behufs Blutuntersuchung zugeschickt wurde. Die Anamnese ergibt nichts von Bedeutung. Die Mutter bemerkte an ihrem Kinde seit ca. 2 Jahren eine Volumzunahme des Leibes und brachte es deshalb in das Dispensary, wo eine bedeutende Vergrösserung der Milz constatirt wurde, und dies zusammen mit dem Befund der Blutuntersuchung führte schon damals zur Diagonse lienale und myelogene Leukämie. Das Mädchen entzog sich der Beobachtung, bis es vor 4 Wochen wieder auftauchte und zwar mit ganz analogem Befund. Die Milz war noch etwas grösser geworden. Die Blutuntersuchung ergab die folgenden Resultate: Rothe Zellen mit Zeiss gezählt 3,340000, weisse Zellen 382000. Hämoglobingehalt 40 Procent; der Hämatokrit mit electrischer Centrifuge ergab 32 Volumprocent rother Zellen, während das Blut der Mutter zur selben Zeit auf dieselbe Weise untersucht 46 Volumprocent aufwies. Am interessantesten ist das Studium der Strichpräparate, gefärbt mit Ehrlich'scher Säuremischung. Man findet darin natürlich eine bedeutende Vermehrung der Leucocyten, eine grosse Menge eosinophiler Zellen, viele Myelocyten, von denen ebenfalls einige eosinophile Kernung zeigen, sowie eine ganze Anzahl ein- oder mehrkerniger rother Blutkörperchen und einige wenige Poikilocyten. (Demonstration der Präparate.)

8) Dr. Stieglitz: Pat. ist 42 Jahre alt und von ihm heute zum

ersten Mal gesehen. Die Anamnese ergibt, dass Patient vor einem Jahr im Hofe schlief und beim Erwachen eine Schwere im rechten Arme fühlte, die seitdem nicht nur nicht gewichen, sondern von da sich auch auf den anderen Arm und die unteren Extremitäten ausbreitete. Der Pat. bietet das typische Bild der amyotrophischen Lateralsclerose. Beginnende Muskelatrophie des rechten Armes, gesteigerte Sehnenreflexe, fibrilläre Muskelzuckungen in den oberen Extremitäten. Die Sprache ist undeutlich, der Gesichtsausdruck ist wie bei der Bulbäparalyse maskenähnlich, fibrilläre Zuckungen der Zunge, doch sind Schluckbechwerden vorderhand noch nicht vorhanden. Es besteht Atrophie der Interossei primi, ebenso sind Daumen- und Kleinfingerballen stark reducirt. Die Periostreflexe sind vermehrt. Bei der Differentialdiagnose kommen nur zwei andere Krankheitsbilder in Betracht: Syringomyelie und Pachymeningitis cervicalis. Doch wird die erstere ausgeschlossen durch das absolute Fehlen aller Sensibilitätsstörungen und Augensymptome und bei der zweiten Krankheitsform müssten Schmerzen und bulbäre Symptome vorhanden sein.

Die Progonse ist schlecht, sowohl quoad restitutionem als quoad vitam.

9) In Abwesenheit von Dr. Max Einhorn stellt Dr. Wilhelm Kubin einen Patienten mit Myxödem vor, welcher wegen Magenbeschwerden zu Dr. Einhorn kam und bei dem die auf Myxödem zu deutenden Symptome auf Thyreoidinbehandlung zurückgingen.

M. S., 28 Jahre alt, aus gesunder Familie, war gesund bis vor 1½ Jahren, als sie ziehende Schmerzen in den Beinen und dann in dem ganzen Körper hatte. Seit einem Jahre traten die Magensymptome mehr in den Vordergrund in Form von Erbrechen, Cardialgien und Appetitlosigkeit. Nach und nach stellte sich auch Schläfrigkeit und Gedächtnissschwäche ein, doch hat Patientin trotz der Magensymptome in diesem Jahre 22 Pfund an Gewicht zugenommen. Sie ist vielfach, sogar in einem Hospital, für den Magen behandelt worden, hat auch Magenausspülungen erhalten, doch ohne Erfolg. Bei ihrem Erscheinen im Deutschen Dispensary vor 14 Tagen ergab der Status präsens: aufgedunsenes Gesicht, sowie überhaupt Zunahme der Körperfülle, dicke Lippen, verdickte Stirnhaut und plumpe Hände. Magenuntersuchung anatomisch und chemisch negativ. Urin Zucker- und Eiweissfrei. Die therapeutische Behandlung bestand in Extractum Thyreoideae, zuerst 2½ gr. täglich, später wurde mit der Dosirung gestiegen. Das Erbrechen hat nachgelassen, seitdem Patientin belehrt wurde, sich zu beherrschen und sich gegen das Aufstossen der verschluckten Nahrung zu wehren. Auch der allgemeine Ausdruck der Patientin ist natürlicher und intelligenter.

10) Dr. J. Guttmann zeigt einen Patienten, bei welchem sich vor ca. 4 Wochen in acutester Weise ein schwerer Krankheitszustand entwickelte. Patient lag collabirt im Bett, Temperatur 102, starke Schmerzen im linken Ohr und Schädelhälfte, besonders der Regio mastoidea; Druck auf den processus mastoideus sehr schmerzhaft, die Haut darüber stark geröthet. Die Ohruntersuchung ergab Perforation (kleine Oeffnung des Shapnell'schen Membran und das Bestehen meh-

rerer Polypen, welche mit der Schlinge entfernt wurden. Nach zwei Wochen waren alle Entzündungserscheinungen verschwunden, wobei zuerst auf der kranken Seite Taubheit bestand, die aber auch nach einigen Wochen vollständig zurück. Der Fall ist insofern illustrativ, als er beweist, dass selbst ausgeprägte Mastoidaffectionen zurückgehen können, ohne Radicaloperation, wenn der Eiter auf anderem Wege Abfluss hat.

11)Dr. A. Jacobi stellt einen Jungen vor, einen von den seltenen Fällen, in denen eine ausgebreitete Tuberculose in Heilung übergeht. Vor zwei Jahren wurde der Knabe an dieser Stelle vorgestellt. Er bot damals einen starken Ascites, zeigte eine Infiltration des rechten Oberlappens und eine ganze Reihe von zweifellos tuberculösen Drüseninfiltrationen. Alle diese Stigmata sind nun verschwunden. Die therapeutischen Mittel, welche diese Aenderung hervorbrachten, waren, ausser hygienischen Vorkehrungen, eine passende Behandlung mit Arsenik- und Guajacolgaben.

VORSTELLUNG VON PRAEPARATEN Etc.

1) Dr. Knopf demonstrirt eine von ihm erdachte Modification des Dettweyler'schen Spucknapfes für Tuberculöse. Derselbe ist aus Aluminium verfertigt, und wiegt blos 2 Unzen. Dr. Knopf liess auf Anrathen von Dr. A. Jacobi auch die Oeffnung etwas grösser ausführen, als es bei einem früheren Modell der Fall war.

2) Dr. Wilhelm Kubin demonstrirt das Darmpräparat eines Kindes, welches mit allen Cardinalsymptomen eines Ileus in die Behandlung kam und mit der Diagnose Intususception, welche durch das Präparat bestätigt wird, zur Operation kam. Das Kind starb nach einigen Stunden im Collaps. Dr. Kubin möchte auf die Eigenthümlichkeit der wahrscheinlichen Aetiologie aufmerksam machen. Während der Operation fiel der Erectionszustand des Knaben gleich auf, und zugleich überzeugte man sich von einer bestehenden Phimose. Beim Nachschlagen in der Litteratur fand Dr. Kubin viel mehr Knaben mit Intususception verzeichnet als Mädchen (im Verhältniss von 18:11) und da nicht selten bei mit Phimose behafteten Kindern Unterleibskrämpfe mit Colikanfällen ausgelöst werden, so glaubt Dr. Kubin, in der Phimosis ein aetiologisches Moment zur Entstehung von Intosusception zu erblicken.

Schluss und Vertagung.

Alfred Michel, Secr.

EDITORIELLES.

Das gelbe Fieber im Süden.

An zwei Sachen fehlt es den Bacteriologen sicher nicht: an Arbeit und an Reclame. Als ob unsere einheimischen Infectionskrankheiten nicht schon genug Anforderungen an uns stellen würden, bedroht uns aus dem fernen Osten das Pestgespenst, und kaum sind die verschiedenen staatlichen Com-

missionen zurückgekehrt und haben uns die gelehrten Resultate ihrer Forschungen mitgetheilt, so taucht in unserer unmittelbaren Nähe ein Feind auf, der früher für einzelne Gegenden Americas dasselbe bedeutete, was der schwarze Tod für die alte Welt, das gelbe Fieber.

Die Diagnose des Gelbfiebers bietet keine Schwierigkeiten dar, wenn es sich um ausgebildete Fälle während einer Epidemie handelt, sagt Scheube und mit ihm eine ganze Anzahl Lehrbücher, allein gerade diese erste Diagnose wird beim gelben Fieber, wie ja auch bei Cholera und Bubonenpest oft erst gestellt, wenn das Gift schon Zeit hatte, sich auszubreiten und womöglich verschleppt zu werden. Das lehrt die Geschichte mancher Epidemie und das hat sich in eclatanter Weise dieses Jahr im Süden wiederholt.

Anfang September lagen in Ocean Springs ca. 600 Fieberkranke, nachdem schon im Juli und August eine Epidemie von Denguefieber geherrscht hatte. Bei der relativen Gutartigkeit dieser Affection schien kein Grund zur Befürchtung vorhanden zu sein, und erst als die Mortalität plötzlich stieg, wurde man auf einmal gewahr, dass sich gleichsam unter der Deckung des Denguefiebers das viel gefürchtete Gelbfieber eingeschlichen hatte. Dasselbe hatte so Zeit gefunden, festen Boden zu fassen, und nicht genug damit, kaum war sein Vorkommen in Ocean Springs officiell bestätigt worden, so wurden zweifelhafte und zweifellose Fälle auch in anderen Ortschaften gemeldtet, vor allem in New Orleans, Mobile, Edwards etc. Das Bulletin für New Orleans am 4. October lautete: 24 neue Fälle, zusammen bis dato 341 Fälle, davon starben 36, 103 waren geheilt entlassen, und 202 noch in Behandlung. In den 5 meist inficirten Ortschaften betrug die Zahl der Fälle bis jetzt 1600.

Es gibt Ortschaften im Süden, wo der Name Yellow Fever denselben Eindruck hervorbringt, wie der Ruf „Feuer“ in einem Theater. Eine Panik entsteht, Alles flieht, nimmt den ersten Eisenbahnzug oder sucht sich auf andere Weise der inficirten Gegend zu entziehen. Als 10 Fälle in Edwards constatirt wurden, war Jackson, das doch 27 Meilen davon wegliegt, in Zeit von 48 Stunden von fast allen seinen Einwohnern verlassen. Man mag dies als übertriebene Furcht deuten, aber immerhin ist nicht zu vergessen, dass die Aerzte des Südens zur Bekämpfung der Epidemie drei Forderungen stellen: die Isolation, die Desinfection und die Depopulation, d. h. das Aus-

ziehen der für die Infection empfänglichen Elemente aus dem inficirten Orte. Natürlich wird durch das letztere wohl dem Krankheitsgift der Boden zur Ausbreitung entzogen, allein andererseits die Seuche auch nach anderen Städten geschleppt, sofern die Auswanderung nicht gleich beim Auftreten der ersten Fälle geschieht.

Befindet sich auch ein Theil des Südens in einer Art Belagerungszustand, und hat es an Ausschreitungen des Pöbels gegen Sanitätspersonen nicht gefehlt, so wird doch im Ganzen die Haltung der Bevölkerung als eine ruhige geschildert. Einerseits zeichnen sich überall die localen Gesundheitsbehörden, welchen von der Bundesregierung U. S. Navy-Aerzte an die Seite gegeben wurden, durch ein energisches Auftreten aus, andererseits zeigen die Epidemien einen relativ sehr gutartigen Verlauf, sodass die Sterblichkeit nur ca. 7.5 Procent beträgt, und endlich steht der beste und auch billigste Desinfector vor der Thüre, der Winter. Auch die heftigsten Epidemien, die früher den Süden heimsuchten, mussten stets dem Ende October oder Anfangs November eintretenden Frost weichen. Für uns hier im Norden ist in dieser Jahreszeit erst recht nichts zu befürchten, doch wird es sich nicht nur in den inficirten Gegenden, sondern auch in allen Küstenstädten, darum handeln, den Waffenstillstand im Winter auszunutzen, damit man im nächsten Sommer einem neuen Angriff des Feindes gerüstet gegenüber steht.

In Anbetracht der Schwierigkeit der Erkennung der ersten Fälle wäre es sehr zu begrüssen, wenn sich die Entdeckung des Bacilus Icteroides von Professor Sanarelli in Montevideo bestätigen würde. Bereits soll derselbe Gelehrte auch ein wirksames Heilserum in Aussicht gestellt haben. Hoffentlich wird der berühmte americanische Bacteriologe Sternberg diesmal nicht sein wissenschaftliches Veto einlegen müssen, wie er es bei Finlay's Tetragenus febris flava und bei Freires Cryptococcus xanthogenicus that.

Vorbereitungscurse für Schiffsärzte.

Wie wir verschiedenen deutschen medicinischen Blättern entnehmen, hat die Commission des Hamburgischen Senates für Reichs- und auswärtige Angelegenheiten den Vorsitzenden des Hamburger Medicinalcollegiums, den Senator Dr. Hachmann, ersucht, „Erhebungen anstellen zu lassen, ob und in welcher Weise sich Vorbereitungskurse für zukünftige Schiffs-

ärzte bei dem Hamburgischen Krankenhause würden einrichten lassen, und welche gesetzlichen Maassnahmen etwa zu treffen sein möchten, um den Besuch der Curse durch die zukünftigen Schiffsärzte zu sichern und um den ärztlichen Dienst in der Handelsmarine in einer den fortgeschrittenen Verkehrsverhältnissen entsprechenden Weise zu regeln; es sei anzuerkennen, dass der Hamburgische Staat in erster Linie berufen sein dürfte, dem immer mehr hervortretenden Bedürfniss nach einer geeigneten wissenschaftlichen und practischen Vorbildung der Schiffsärzte entgegenzukommen."

Die Thatsache, dass die Schiffsärzte zum grossen Theil in ihren Dienst eintreten, ohne von den Aufgaben, die an sie herantreten werden, auch nur eine oberflächliche Kenntniss zu haben, lässt sich nicht leugnen und wenn Prof. A. Gärtner bei der Besprechung der Prophylaxis der Infectionskrankheiten in Pentzoldt und Stintzing's Handbuch auf diese mangelhafte Ausbildung der Schiffsärzte hinweist, so werden gerade diejenigen, welche selbst in jener Stellung gefahren sind, seiner Ansicht am ehesten beistimmen. Eine grosse Anzahl hat zum Voraus die Absicht, nur eine oder zwei Reisen mitzumachen, und die ganze Angelegenheit wird mehr als ein angenehmer Abschluss des Studentenlebens aufgefasst, als eine verantwortungsvolle und pflichtenreiche Stellung. Gärtner hat recht, wenn er die Schuld daran nicht so sehr den Aerzten selbst beimisst, als vielmehr dem Mangel an einer Gelegenheit, sich auf dieses specielle Fach einigermassen vorzubereiten. Die in Hamburg angeregte Schaffung von Cursen ist deshalb sehr zu begrüssen. Die Tropenkrankheiten, und ihre geographische Vertheilung, die Quarantainebestimmungen, die Infectionsquellen, welche auf Schiffen hauptsächlich in Frage kommen, die Desinfectionsmethoden, die Einrichtung und Führung eines Schiffshospitals sind Kapitel, die in solchen Cursen durchgenommen werden sollten. Italien fordert von seinen Schiffsärzten, dass sie eine Vorbildung in Hygiene und eine zweijährige Praxis nachweisen, in Frankreich haben dieselben vor ihrer Zulassung ein besonderes Examen in Epidemiologie und Sanitätspolizei abzulegen. Wissen gibt Selbstständikeit, und der Schiffsarzt, der seine Aufgabe kennt und sein Gebiet beherrscht, wird Mannschaft und Passagieren gegenüber eine ganz andere Stellung einnehmen, als es zuweilen der Fall ist, und seine Reisen werden für ihn und auch für die Wissenschaft viel fruchtbarer sein.

Therapeutische und klinische Notizen.

— Das neue Koch'sche Tuberculin wurde von Letulle und Peron in erster Linie experimentell geprüft, und nach den allerdings wenig zahlreichen Versuchen, welche genau nach den Vorschriften Koch's ausgeführt wurden, beim Meerschweinchen nicht der geringste Grad damit erzielt. In zweiter Linie wurden 6 Patienten in Summa 70 Injectionen, beginnend mit 1/5000 und aufsteigend bis 1 mg. gemacht, ohne dass an der Injectionsstelle eine nennenswerthe Reaction auftrat. Zwei der Kranken, zu den leichten Fällen gehörig, wurden gebessert, von zwei weiteren schweren Fällen zeigte einer Besserung im Allgemeinbefinden, der andere keine Veränderung. Von den zwei mittelschweren Fällen schliesslich wies der eine merkliche Besserung, der andere Verschlechterung auf. Das relative Wohlbefinden, welches sich bei der Mehrzahl der Kranken einstellte, führte Letulle auf eine suggestive Wirkung zurück; trotz dieser nicht ungünstigen Resultate der wenigen Fälle schliesst Letulle, dass auch das neue Tuberculin nicht die von Koch angegebene Wirkung (Immunisirung resp. Heilung) erziele.—La Presse med, No. 69, 1897.

Günstiger lauten folgende Berichte: Spengler in Davos hat im Ganzen 59 Phthisiker mit Tuberculin R behandelt. Er hat durchweg günstige Erfolge gehabt. Nicht weniger als dreissig seiner Patienten waren schon sechs und mehr Monate ohne Erfolg in Davos und zeigten erst mit Beginn der T. R-Cur Besserung. Rembold hat 82 Kranke mit dem alten Tuberculin behandelt. 27 von diesen müssen in die Categorie der Mischinfection gerechnet werden, bei ihnen blieb die Cur ohne jede günstige Wirkung. Von den 43 Fällen reiner Tuberculose sind 18 gestorben, während 25 — die weitaus grössere Hälfte — leben, davon 13, also fast ein Drittel der Gesammtzahl dauernd geheilt.—Deutsche med. Wochenschrift No. 36, 1897.

— Es wäre zweifellos in mancher Hinsicht wünschenswerth, wenn es gelänge, durch Darreichung von Diphtherieheilserum per os Immunität zu erzeugen. Unter Escherich's Leitung hat Binder hierüber in der Weise Versuche angestellt, dass gesunden Kindern unmittelbar vor und 24 Stunden nach der Verabreichung von Heilserum per os Blut entzogen wurde. Das so gewonnene Serum wurde mit wechselnden Mengen Diphtherietoxin vermischt und Meerschweinchen injicirt. Nach der Wirkung, die hierauf eintrat, wurde auf die antitoxische Fähigkeit des Blutes geschlossen. Die Frage, ob auf dem Wege des Verdauungstractus eine zur prophylactischen Immunisirung genügende Menge von Antitoxin einverleibt werden kann, muss mit „Nein" beantwortet werden. Nur bei Säuglingen der ersten Lebensmonate scheint auf diesem Wege eine geringe Steigerung der Schutzkraft des Blutserums einzutreten.—Wien. Klin. Woch. Nr. 36.

— Dr. Layrel und Dr. Roussel beobachteten zwei Fälle, welche die typischen Erscheinungen von Pylorusstenose darboten und den Verdacht auf bestehendes Magencarcinom erweckten. Die genaue Anamnese und Prüfung der Umgebung und Art der Beschäftigung lenkte die Aufmerksamkeit auf das Bestehen eines Bleisaumes am Zahnfleisch, wodurch die Diagnose auf Bleivergiftung umgeän-

dert wurde, welche denn auch durch den Erfolg der Therapie vollständige Bestätigung fand.—Loire méd. März, 1897, Bull. méd., April, 1897.

— Nach Thierversuchen schliesst E. Michel, dass selbst bei sehr hochgradigen Vergiftungen der Nachweis des CO kaum über einige wenige Stunden mit Sicherheit zu erbringen sein dürfte, vorausgesetzt, dass der Vergiftete wirklich Gelegenheit hatte, in reiner Luft zu athmen, und dass die Athmung nicht unvollkommen vor sich gegangen ist. Bei einer Frau, die eine schwere CO-Vergiftung vier Stunden nach ihrer Auffindung überlebt hatte, konnte kein CO im Blute mehr nachgewiesen werden. Aus sieben Versuchen Michel's geht andererseits hervor, dass CO bis zum 5. Tage in den Blutextravasaten mit Sicherheit nachgewiesen werden kann.—Wien. Med. Wochenschr. No. 36.

— Auf dem 8. Congresse der französischen Irrenärzte und Neurologen (Toulouse 2.—8. August, 1897,) stand als erstes Hauptthema die allgemeine progressive Paralyse auf der Tagesordnung; einige Redner sprachen sich gegen den beinahe als Regel hingestellten Zusammenhang dieser Geisteskrankheit mit Syphilis aus und schrieben vielmehr die wichtigste aetiologische Rolle der hereditären neuropathischen Belastung und ausserdem dem Alcoholismus zu. Als zweites Thema wurde ausführlich besprochen die Hysterie im Kindesalter, besonders in ihrer Differentialdiagnose mit Epilepsie; hervorgehoben wurde die hysterische Natur der Enuresis nocturna und des Stotterns; bezüglich der Behandlung haben die einen mit der Hypnose sehr gute Erfahrungen gemacht, andere fällten ein sehr absprechendes Urtheil darüber. Das dritte Thema, die Stellung der Aerzte in den Irrenanstalten, rief eine sehr lebhafte Debatte hervor, da in Frankreich meist dem ärztlichen Leiter derselben ein selbstständiger Verwaltungsvorstand beigegeben ist; merkwürdigerweise konnte über diese Frage kein endgültiges Votum erzielt werden, da ein Theil der Aerzte noch immer für diese Zweitheilung schwärmte. Ein weiteres Verlangen des Congresses geht nach Vermehrung der längst als unzureichend erkannten Irrenanstalten, ebenso der ärztlichen Hilfskräfte (1 Assistenzarzt auf je 100 Kranke); schliesslich muss noch erwähnt werden, dass auch in Frankreich die Irrenärzte eine gesetzliche Erleichterung zur Aufnahme in die Anstalten anstreben. Für den nächstjährigen Congress wurden folgende 3 Themata aufgestellt: 1. Die nach Operationen auftretenden psychischen Störungen. 2. Die Rolle der Arterienentzündungen in der Pathologie des Nervensystems. 3. Das transitorische Irresein in gerichtlich-medicinischer Beziehung.—Münch. Med. Woch. No. 30.

Nach den Mittheilungen von Boinet und Rey an demselben Congress soll die Malaria bei Alcoholikern oder hereditär Belasteten zu Psychosen führen können. Diese Krankheitszustände treten meist in Form von maniacalischen Anfällen, Hallucinationen oder Selbstmordideen auf, in einigen Fällen wurde das Symptomenbild der progressiven Paralyse vorgetäuscht. Auch die Malaria-Psychosen werden meist vom Chinin günstig beeinflusst.

— Ueber ein einfaches Verfahren gegen post partum-Blutungen ex atonia uteri. Mechanische Muskel- und Nervenreize wirken andauernd contractionserregend, resp. rufen einen Tetanus hervor, wenn sie sehr rasch auf einander folgen. Diese physiologische Erwägung verwerthete Dr. F. Kumpf (Ueber ein einfaches Verfahren gegen post partum-Blutungen ex atonia uteri Centralbl. f. Gyn. No. 11, 1897), indem er in zwei Fällen von schwerer atonischer Blutung post partum mit ausgezeichnetem Erfolge eine Massage Manipulation ausführte, welche er „Zitterdrückung" nennt. Dieselbe bestand darin, dass er die Hand, mit den Fingerspitzen nahezu im rechten Winkel gegen die Bauchwand der Pat. in der Mitte zwischen Symphyse und Nabel anlegt und mit rasch folgenden zitternden Bewegungen gegen die Wirbelsäule drückt. Nachdem nun die Contouren des vorher nicht zu palpirenden Uterus deutlich hervorgetreten waren, wandte er die „Zitterdrückung" auf die hintere Fläche des Uterus an. Bald trat energische Contraction ein und die Blutung stand fast sofort. Das Verfahren ist einfach und physiologisch wohl begründet, gefahrlos, und verdient sicherlich Nachahmung.

— L. A. Gluzinski und Ig. Lemberger untersuchten bei einem gesunden, 28-jährigen Mann den Stickstoffwechsel unter Einwirkung der Schilddrüsensubstanz. Nach einer Vorperiode von 7 Tagen erhielt die Versuchsperson sieben Tage hindurch Schilddrüsentabletten, die von einem Apotheker in Krakau hergestellt worden waren, sodann folgte eine sechstägige Nachperiode und hierauf bekam der Mann durch 4 Tage frische Kalbsschilddrüsen in Oblaten. Sie konnten dabei die Angaben früherer Autoren, dass die Schilddrüsensubstanz eine Steigerung des Eiweisszerfalles bewirkt, bestätigen und fanden ausserdem, dass die frische Schilddrüse viel energischer wirkt, wie die Tabletten, da bei Darreichung der frischen Schilddrüse die vorher positive Stickstoffbilanz negativ wurde.—Centralbl. f. Inn. Med., 1897, ref. in Wien. klin. Rundschau No. 38.

— Jousset macht auf das häufige Vorkommen eines sternalen Schmerzpunktes bei Tuberculösen, etwa in einem Viertel aller Fälle aufmerksam; er liegt in der Höhe des Ansatzes der 4. oder 5. Rippe. Jousset bringt ihn mit einer Neuralgie des N. phrenicus in Zusammenhang, und betont, dass dieser Schmerz nicht mit der bei Aortenaffectionen vorkommenden diffusen, retrosternalen Schmerzhaftigkeit verwechselt werden dürfe. Von besonderer Wichtigkeit scheint sein Nachweis bei gleichzeitiger Schmerzhaftigkeit des Epigastriums, wenn man im Zweifel ist, ob dieser Schmerz nicht einem Bauchorgane angehöre; ein gleichzeitiges Vorkommen von sternalem und epigastrischem Schmerz spricht für die Phrenicusaffection.—Wien. Med. Presse No. 37.

— In der Wien. Klin. Wochenschr. berichtet Ortner über zwei Fälle von Mitralstenose, in denen der linke Vorhof so mächtig dilatirt war, dass er den Nervus recurrens sinister gegen den Arcus Aortae anpresste und eine Drucklähmung herbeiführte.

— Die von Williamson schon früher veröffentlichte Methode, um das Blut eines Diabetikers von dem Blut eines Nicht-

diabetikers zu unterscheiden, die von verschiedenen Seiten bestätigt wurde, wird von ihrem Erfinder von Neuem der Beachtung empfohlen. Sie beruht darauf, dass das diabetische Blut viel kräftiger als das nicht diabetische eine warme alcalische Methylenblaulösung entfärbt. Diese Methode ist äusserst empfindlich und so leicht auszuführen, dass ein dem Finger entnommener Blutstropfen zur Anstellung der Probe genügt. Man giesst in eine kleine Eprouvette 40 ccm. Wasser, füllt mittelst einer Capillare aus dem Gower'schen Zählapparate 20 cmm. Blut hinzu, und versetzt diese Mischung mit 1 ccm. einer wässerigen Methylenblaulösung (1:6000) und 40 ccm. einer 6-procentigen Kalilauge. Zum Vergleiche werden in einem zweiten Röhrchen 20 cmm. nichtdiabetischen Blutes mit der entsprechenden Methylenblaulösung und Kalilauge versetzt, und beide Röhrchen auf 3—4 Minuten in siedendes Wasser gestellt. Die Flüssigkeit mit dem diabetischen Blute wird gelb, während die Controlprobe sich nicht entfärbte.

— Unter „Mittheilungen aus der Praxis" theilt Dr. Oelberg in der Wien. Med. Presse seine Erfahrungen über Somatose mit, die sehr günstig lauten. Er wandte das Mittel an in Fällen von Lungentuberculose, Typhlitis. Typhus abdominalis, acutem und chronischem Magencatarrh und mit besonders gutem Erfolg bei Anämie und Chlorose und gelangt zu folgenden Schlusssätzen: Aus diesen Versuchen habe ich die Ueberzeugung gewonnen, dass die Somatose ein schätzbares diätetisches Präparat ist, auf dessen gute Dienste man fast sicher rechnen kann. Es muss auch berücksichtigt werden, dass die leichte Löslichkeit und fast gänzliche Geruch- und Geschmacklosigkeit ein nicht unwesentliches Moment für seine Anwendbarkeit bilden. Gelöst, und gemischt mit Milch, Thee, insbesondere aber mit Suppe, wird es der subtilste Gaumen nicht zurückweisen. Ausnahmslos ist auch seine appetitanregende Wirkung. Die Somatose ist daher gewiss das beste, heute bestehende diätetische Nährmittel für Kranke, nur verlange man hievon nichts unmögliches.

— Intravenöse Arseninjectionen zur Behandlung der Psoriasis werden von Herxheimer in Frankfurt a. M. empfohlen. Er beginnt mit 0.991 Acidum arsenicum, steigt jeden Tag um 0,001, bis er die Dosis von 15 mg. erreicht hat, und bleibt auf dieser Höhe, bis zum völligen Verschwinden der Efflorescenzen. Zur Heilung der Psoriasis ist eine intermittirende Arsenikbehandlung nothwendig, indem eine Hauptcur mit intravenösen Injectionen und die Nebencuren mit interner Darreichung von Pillen von Acidum arsenicum oder Sol. Fowleri ausgeführt werden.—Wien. Med. Presse No. 39.

— Lehmann in Würzburg berichtet über die Behandlung der Psoriasis mit Salophen; er zieht locale Anwendung einer 10-procentigen Salophensalbe der von Crocker empfohlenen internen Darreichung von täglich 1,0 g. vor, üble Nachwirkungen traten nur in ganz unbedeutender Weise auf. Die Wirkung des Salophens ist offenbar eine keratsolytische. Auch Baquet in Paris hebt die sehr gute Wirkung des Salophens auf jene Hautkrankheiten hervor, welche von Jucken begleitet sind. Die mittlere Dosis von Salophen bei Rheumatismus beträgt 4,0 p. d., auf mehrere Male vertheilt.

— Einen Fall von Dermographismus bei einem 9-jährigen Knaben, welchen Dr. Klotz in der dermatologischen Ges. v. N. Y. vorgestellt hatte (Monatschr. f. Pract. Derm., Bd. 24, No. 12), fand derselbe interessant, 1) wegen des Auftretens des Dermographismus bei einem sonst völlig gesunden Kind; 2) wegen der Frage, ob der Dermo- oder Autographismus mit der Urticaria factitia zu identificiren oder als eine besondere Krankheit anzusehen sei, ausgezeichnet durch das Fehlen entzündlicher oder sensorischer Erscheinungen, oder ob er einfach eine motorische Neurose sei. Bei dem Knaben, der sonst ganz gesund war, erschienen einige Minuten nachdem man die Haut mit einem stumpfen Instrument gekratzt oder auch nur berührt hatte, ohne die geringste Empfindung von Hitze, Jucken etc. weisse oder hell rosarothe, von einer stärker rothen Zone umgebene Streifen, die nach kurzer Zeit erhaben, dann blass, später flach wurden und verschwanden, ohne irgend eine Spur zu hinterlassen.

— Im Anschluss an einen anscheinend in Vergessenheit gerathenen Bericht von Bülau berichtet A. Philippson in Hamburg über die Salicylbehandlung der Sclerodermie. Bei einem schweren Falle diffuser Sclerodermie waren die verschiedensten therapeutischen Massnahmen versucht worden, während welchen der Kranke bedeutend an Körpergewicht abnahm. Gymnastische Uebungen wurden als Qual empfunden aufgegeben. Nach 8-tägiger Saloldarreichung (3—4 grm. tgl.) zeigte sich eine Veränderung der Haut, indem schubweise gesunde Inseln auftraten, die allmählich zusammenflossen. Nach 6 Monaten war überall gesunde Haut vorhanden; weitere systematische Uebungen brachten auch eine normale Gliederstellung zu Stande.—Wien. Med. Presse No. 37.

— In der deutschen Med. Wochenschrift No. 32 theilen Levy und Thumin Versuche mit, durch eine einzige Aufnahme mit Röntgenstrahlen die Maasse der Conjugata vera des Beckeneinganges und der queren Durchmesser des Ein- und Ausganges zu bestimmen. Sie glauben, dass diese Methode, welche für die Patientinnen alle mit der Digitalbestimmung verbundenen Unannehmlichkeiten umgehen lässt, eine grosse Zukunft habe.

— Zur Prophylaxis der blennorrhoischen Infection beim Mann empfiehlt Nobl die vom Kreisphysicus Blokusewski in Danu angegebene Einträufluug von 2—3 Tropfen einer 2-procentigen Argentum Nitricumlösung, die im Gegensatz zu der Injection keine Schmerzen macht. Um die Methode besser einzubürgern, hat Blokusewski kleine Metallhülsen herstellen lassen, welche das Glas tragen und durch Druck auf den Boden jedesmal einen Tropfen austreten lassen. Die Tropfen werden möglichst in die Fossa navicularis, ein Tropfen auf der Glans verwischt, um etwa dort anhaftende Gonococcen zu vernichten. Das Ganze stellt eine Nachahmung des Crédé'schen Verfahrens zur Verhütung der Blennorrhoe Neonatorum dar, und es wäre nur zu hoffen, dass es ebenso segensreich sich erweisen würde.—Monatsh. f. Pract. Dermat. No. 6, 1897.

— Twitschell hält die Gonococcen für ubiquitäre Organismen, die man überall und zu allen Zeiten finden könne; bei Kindern, beson-

ders bei Mädchen, bei Anämie, Chlorose. Die in diesen Fällen gefundenen Diplococcen haben nichts mit denjenigen, welche man bei der Blennorrhoe Erwachsener findet, gemein. Wenn der Gonococcus beim Weibe eiterige Processe, wie Pelvioperitonitis, Pyosalpingitiden verursacht, warum bedingt er dann beim Manne keine suppurative Epididymitis? fragt der Autor.—Cincinnati Lancet Clinic 10. Oct. '96. Monatsh. f. Pract. Derm. No. 7, 1897.

— Kempner in Berlin hat versucht, Thiere mit dem von van Hemenghem gefundenen Erreger des Botulismus (Fleischvergiftung) zu immunisiren und so ein Botulismusantitoxin zu gewinnen. Das erhaltene Serum hat er im Vereine mit Pollak im Institute für Infectionskrankheiten in Berlin bezüglich seiner Wirkung auf die Nervenzellen der vergifteten Thiere geprüft und gefunden, dass das Serum im Stande ist, das 9 Stunden vorher eingespritzte Gift zu finden, und dass das 24 Stunden nach der Vergiftung injicirte, das Thier selbst noch zu retten vermag, wenn bereits hier die Nervenzellen beträchtlich alterirt waren; weiterhin zeigte sich, dass das Serum die afficirten Nervenzellen allmählich zum normalen Verhalten zurückzuführen vermag. —Wien. Med. Presse No. 37, 1897.

— Haun empfiehlt nachdrücklichst die Behandlung des Trachoms mittelst Electrolyse. Nach Cocainisirung des Auges nimmt der Patient die Anode eines galvanischen Apparates mit geringer Elementenzahl in die Hand, der Arzt sticht die sehr scharfe und dünne Platinnadelcathode in das Trachomkorn (Stromstärke 10—20 Milliampères). Sofort entwickeln sich an der Nadelspitze Gasbläschen und es kommt zur Verflüssigung des Trachomkorns; je nach der Grösse des Korns lässt man die Nadel 5—15 Sec. stecken. Auch die schwerer zugänglichen Körner in den Falten der Conjunktiva lassen sich mit der Nadel sehr gut erreichen. Leichtere Fälle werden schon nach 2—3 Sitzungen, schwerere nach 5—8 Sitzungen geheilt entlassen. Das Verfahren ist schmerzlos, auch nach der electrolytischen Behandlung wird nicht über Schmerz geklagt.—Wien. Med. Presse No. 38.

— In einer ganzen Anzahl von Gemeinden Niederösterreichs sind in den Schulen Epidemien von Conjunctivitis contagiosa aufgetreten, als deren aetiologische Ursache bacteriologisch der Diplococcus pneumoniae festgestellt wurde. Wenn auch in einzelnen Fällen starke Oedeme und Schwellung auftreten, verbunden mit mehr oder weniger eiterigem Secret, so zeigte sich der Verlauf doch überall als ein gutartiger. Die Heilung erfolgte durchweg in 8—14 Tagen. Im Hinblick auf die Möglichkeit einer Verwechslung der vorliegenden Krankheit mit dem Trachom und mit Rücksicht auf die bei den beiden Krankheiten zu treffenden wesentlich verschiedenen prophylactischen Vorkehrungen macht der Magistrat Wiens die Aerzte auf diese Krankheitsform aufmerksam und ersucht sie, bei allfälligem epidemischen Auftreten derselben innerhalb der Wiener Stadtgrenzen sofort dem Stadtphysicat Bericht zu erstatten.

— Topi (Gaz. degli osped., 1897, No. 52) beobachtete zahlreiche Fälle von Wechselfieber bei Neugeborenen, die von einer an der Krankheit leidenden Mutter stammten. Die von ihm beobachteten

Fälle bringt er in zwei Gruppen, deren eine, minder beweisende, jene Erkrankungen umfasst, die bei Kindern auftreten, welche an dem von der Malaria häufig heimgesuchten Orte entstanden waren, während die Krankheit bei den Patienten der zweiten Gruppe an einem anderen, von Malaria sonst nicht heimgesuchten Orte auftraten. Stets handelte es sich um denselben Fiebertypus, wie bei der Mutter. Der Krankheitserreger war offenbar durch die Placenta in den kindlichen Organismus eingedrungen.—Ref. in Wien. Med. Woch. No. 26.

— Roger in Paris hatte Gelegenheit, zahlreiche Säuglinge zu sehen, deren stillende Mütter an Scarlatina oder Rubeolen erkrankt waren; er beantwortete die Frage bezüglich des Stillens während exanthematischer Erkrankungen dahin, dass das Stillgeschäft fortgesetzt werden könne; er sah nur zwei Fälle von Uebertragung der Affection auf den Säugling, und auch diese waren von bemerkenswerther Benignität. Roger deutet diese Immunität der Säuglinge dahin, dass während der Incubation die Milch der Mutter antitoxische Stoffe oder abgeschwächte Keime auf das Kind übertrage, welches dadurch vor der Ansteckung geschützt werde.—Wien. Med. Presse No. 39.

— Zur Klärung der Streitfrage, ob mit Albuminurie behaftete Frauen ihre Kinder stillen sollen, stellt Gamulin Nachforschungen an, welche er im Lancet No. 3821, 1896, niedergelgt. Unter 158 albuminurischen stillenden Müttern, von denen viele auf Milchdiät gesetzt waren, zeigten nur 2 eine Zunahme, 7 ein Stationärbleiben der ausgeschiedenen Eiweissmenge, alle anderen hingegen eine Verminderung, ja einige sogar völligs Verschwinden. Bei den 163 von diesen Müttern genährten Kindern, war die mittlere Zunahme 35 Gramm per Tag, nur in 33 Fällen blieb dieselbe unter 20 Gramm. In der Regel war das Geburtsgewicht am 7. Tage wieder erreicht. In Hinsicht auf diese Ergebnisse kommt Gamulin zu dem Schlusse, dass, mit wenigen Ausnahmen, albuminurische Mütter ihre Kinder ernähren können und sollen.

— Auf Grund eigener Erfahrung empfiehlt Apotheker W. L. in Bern in der Münchn. Med. Wochenschrift vom 22. Juni Formaldehyd bei Verbrennung. Er schüttete sich zufällig eine Schale mit siedendem Nährboullion über beide Hände; in Ermanglung eines anderen Hülfsmittels liess er sich mit einer 10-procentigen Formalinlösung getränkte Compressen auflegen. Die Schmerzen hörten nach 20 Minuten auf und als die Compressen entfernt wurden, war keine Spur von Verbrennung mehr zu sehen. Auch die Röthe der Haut war vollständig geschwunden.

— Osler empfiehlt Nitroglycerin bei der Behandlung der Epilepsie. Mahnert (Wien. Med. Woch. No. 35) sah guten Erfolg bei der sog. Herz- und der arteriosclerotischen Epilepsie von einer Combination von Eisen, Arsenik und Chinin: Rp. Acid. arsenicos. 9.95, Ferr. bromat. 10.00, Chinin. hydrobromic. 1.00, Extr. Gentian. q. s. ut f. pilul. No. C. S. 3—6 Pillen täglich zu nehmen.

— Gegen Sprünge der Hände empfiehlt Steffen 2 Mal täglich folgende Salbe anzuwenden: Rp. Menthol 0,75, Salol, Ol. Olivar. 1,5, Lanolin 45,0 M. f. ung.—Therap. Wochenschr. No. 37.

— Als Schutz- und Deckmittel für kleinere Wunden, besonders an den Händen, empfiehlt Klein (Therap. Monatsh. No. 4, 1897) Collodium mit einem Zusatz von Perubalsam (1:10).

— Nach dem Journ, de Med. soll bei der nachfolgenden Verschreibung von Jodnatrium kein Auftreten von Jodismus zu befürchten sein: Rp. Natr. jod. 30,0, Ammonii ferrocitr. 4,0, Tr. nuc. vom. 8,0, Aq. dest. 30,0, Tr. Chin. 60,0. S. ein Theelöffel in ½ Glas Wasser nach jeder Mahlzeit zu nehmen.

Kleine Mittheilungen.

— Die Mitglieder und Freunde des Deutschen Dispensary feierten am 9. October das 40-jährige Bestehen desselben mit einem solennen Commerse, der unter dem schneidigen Präsidium von Dr. A. Caillé den besten Verlauf nahm. Dr. O. Kiliani und Dr. F. Lange hielten Ansprachen.

— Die früheren Hausärzte des St. Mark's Hospitals gründeten eine Alumni Association mit Dr. Leon F. Garrigues als Präsident, Dr. Martin J. Schur als Secretär und Dr. Caspar Stock als Schaztmeister. Der Verein wird monatliche Sitzungen in dem Spital abhalten.

— In einem Sammelwerke, welches demnächst in Deutschland veröffentlicht werden wird, sollen unter anderem auch die Genesungshäuser und Trinkerheilstätten eine Bearbeitung erfahren. Da das vorhandene Material über diese Fragen noch recht wenig gesammelt und gesichtet ist, bitten die Bearbeiter durch Aufruf in den deutschen med. Zeitungen alle Collegen, ihnen alle Adressen von derartigen Einrichtungen ihrer Gegend mittheilen oder die Uebersendung von Satzungen an Dr. med. Flade Dresden-N., Bautzener Strasse 64 veranlassen zu wollen. Es wäre zu wünschen, dass der Aufforderung auch von dieser Seite des Oceans von deutschen Collegen entsprochen würde.

— Deutsche Studienordnung für Ausländer. Entsprechend dem Vorgehen der preussischen Unterrichtsverwaltung haben, wie die „M. med. W." meldet, die Ministerien Bayerns, des Königreichs Sachsen, Württembergs, Badens, Hessens, Mecklenburg-Schwerins, Sachsen-Weimars und Lothringens über die Zulassung der Medicinstudirenden zum Besuche der Kliniken und Polikliniken der Universitäten neue Bestimmungen erlassen. Angeordnet wird gleichlautend, dass Studirende zum Besuche der Kliniken und Polikliniken von den Directoren erst dann zugelassen werden dürfen, wenn sie die ärztliche Vorprüfung innerhalb des Deutschen Reiches oder eine entsprechende Prüfung im Auslande vollständig bestanden haben. Es werden damit für Medicinstudirende aus dem Auslande ganz neue Normen geschaffen, welche besonders für die in Deutschland studirenden Amerikaner von einschneidender Bedeutung sind. Da nämlich zur Zulassung zum Tentamen physicum das Reifezeugniss eines deutschen Gymnasiums Vor-

bedingung ist und in Amerika eine dem deutschen Tentamen physicum entsprechende Prüfung nicht besteht, so können in Zukunft Amerikaner zum klinischen Unterrichte nicht mehr zugelassen werden. Dem in den Vereinigten Staaten neuerdings mehrfach lautgewordenen Vorwurf, dass in Deutschland für Amerikaner der Doctortitel sehr leicht zu erwerben sei, wird dadurch die Grundlage entzogen. Günstiger ist die neue Verordnung für die übrigen in Deutschland studirenden Ausländer, weil in den meisten europäischen Staaten Prüfungen existiren, welche als dem Tentamen physicum gleichwerthig anzusehen sind.

— Der Pariser Ingenieur Gaston Seguy hat zur Durchleuchtung des Körpers einen sehr bequemen Apparat construirt, der, einer photographischen Camera mit ausziehbarem Balg ähnelnd, die Möglichkeit bietet, im Hellen zu operiren; selbst directes Sonnenlicht ist kein Hinderniss. Die Röntgenstrahlenlorgnette — so lautet die Bezeichnung des neuen Apparates — besteht aus einem Kasten, der eine Batterie von vier Accumulatoren und einen besonders construirten Transformator von geringem Umfang mit der Röntgenröhre enthält, und der ausziehbaren Camera, welche an ihrem Grunde den fluorescirenden Schirm trägt.

— H. Fröhlich stellt in „Militärisches", No. 2, 1896, die Verluste der Grossstaatlichen Heere durch Krankheiten und Tod zu Friedenszeiten zusammen. Im Preussischen Heere betrug 1868 die Iststärke 250,376, der Krankenzugang im Verhältniss zur Iststärke in pro mille: 1496.2, Todesfälle durch Krankheit 5.9 pro m., durch Verunglückung 118, durch Selbstmord 160. Im Jahre 1889—'90 betrug der Krankenzugang 897.2, die Zahl der Selbstmorde war 0.64 pro m., die aller Todesfälle 3.5 pro m. — Im Bayerischen Heere belief sich die Sterblichkeit während der Sechziger-Jahre auf 6.75 pro m. der Iststärke. Im Jahre 1890—'91 betrug der Krankenzugang (pro mille der Iststärke) 1178, die Todesfälle durch Krankheit 135, Verunglückung 19, Selbstmord 22, Summe 176 = durchschnittlich 3.3 pro m. Die deutsche Kriegsmarine zeigt pro 1892—'93 folgende Verhältnisse: Kopfstärke 18,779, Krankenzugang 891.9, Todesfälle durch Krankheit 63, Verunglückung 42, Selbstmord 7, Summe 112 = 2.9 pro m. Es nehmen im deutschen Heere Kränklichkeit und Sterblichkeit von Jahr zu Jahr stetig ab. — Für das Oesterreichische Heer ist für 1844—1855 eine Mortalität von 2 pro m., für 1850—1860 von 17.5 pro m. nachgewiesen. 1893 betrug der Präsenzstand 298,035, Krankenzugang in pro m. 879, Todesfälle durch Krankheit 1172, Verunglückung 97, Selbstmord 321, Summe 1590 = 5.3 pro m. Die österreichische Kriegsmarine hatte 1893 einen Stand von 9612, Krankenzugang 6019, Tod durch Krankheit 43, Verunglückung 2, Selbstmord 10, Summe 55 = 5.72 pro m. Im Jahre 1892 starben 1316 Mann an Krankheiten; wäre die Sterblichkeit so gross gewesen wie 1871, so wären 3939 Mann gestorben. Die Sterblichkeitsziffer unserer Armee nimmt ebenfalls stetig ab. — Im Heere Grossbritanniens betrug 1866 die Kopfstärke 70,293, Lazarethaufnahmen in pro m. 853, Todesfälle 9.62, 1892 100,302, Aufnahmen 761.3, Todesfälle 4.38. Die auswärtigen und Colonialtruppen hatten pro 1892 folgende Mortalität in pro m.: Gibraltar 3.24, Malta 8.67, Cypern 7.53, Canada

1.44, Bermuda 8.8, Westindien 10.0, St. Helena und Cap der guten Hoffnung 5.61, Mauritius 17.86, Ceylon 9.51, China und Hinterindien 12.3, Egypten 14.18. Die englische Marine hatte 1893 eine Stärke von 60,120, Erkrankungen pro m. 954.42, Todesfälle 11.29 (incl. 358 Mann der „Victoria"). — In der französischen Armee betrug 1862 die Präsenzstärke 372,166, Todesfälle in pro m. 10.14, 1891 464,778, Todesfälle 6.20. Die Sterblichkeit der französischen Marineinfanterie betrug 1873—1880 70.7 pro m., und zwar in Frankreich 18.9 pro m., in Martinique 32.2, am Senegal 140.6, in Cochinchina 97. — Das Italienische Heer hatte 1870 207,000 Mann; davon erkrankten pro m. 850.0, starben 8.4; 1891 dienten 220,714 Mann, erkrankten 811.0, starben 9 pro m. Die italienische Marine hatte 1873 eine Mortalität von 3.70 pro m., 1876 2.9 pro m., 1890—1892 5.73 pro m. — Die Russische Armee hatte 1890 7.11 pro m. Sterbefälle (ausschliesslich Verunglückung). Die Marine hatte 1872 ein Erkrankungsverhältniss von 1006.0 pro m., eine Sterblichkeit von 20.44, 1890 Erkrankungen 1410.5, Todesfälle 8.59. — Das Nordamerikanische Heer hatte 1889—1890 einen Stand von 21,910 Weissen und 2324 Farbigen; es erkrankten in pro m. 13.15, es starben 6.9. Die Flotte zählte 1892 11,196 Erkrankungen pro m. und 100 Todesfälle. Aus dieser Uebersicht ist zu entnehmen, dass in allen Heeren die Sterblichkeit stetig abnimmt. Russland hat derzeit noch die höchste, Deutschland seit jeher die geringste Sterblichkeit.—Der Militärarzt, Beilage der Wien. med. Wochenschr. No. 33.

— Gewehrkugeln aus Papier mit Aluminiummantel sind wohl das neueste auf dem Gebiete der Kriegstechnik. Diese sind die Erfindung eines französischen Officiers und bezwecken, die Zahl der Verwundungen mit tödtlichem Ausgange in Folge der knochensplitternden Wirkung der Bleigeschosse mit Stahlmantel zu vermindern. Die Präcision des Schusses soll durch diese Materialvertauschung in keiner Weise beeinflusst werden, doch ist der durch das neue Geschoss geschlagene Wundcanal vollständig glatt und gestattet eine schnelle Heilung der Wunde. Die Zahl der Verwundeten würde darnach eine gleiche bleiben, die Wunde aber wäre in den meisten Fällen nur von Kampfunfähigkeit begleitet.—Der Militärarzt No. 13.

— Zu den auch in Deutschland nicht gar seltenen Fällen von einem frechen und leider zu wenig energisch bekämpften Auftreten der Curpfuscherei gehört die von dem Württ. med. Corr. Bl. No. 35 erzählte characteristische Anerkennung des von einem notorischen Curpfuscher ausgestellten ärztlichen Attestes von Seiten eines K. Württ. Schöffengerichtes. Der Betreffende, frühere Schuhwaarenhändler, war schon einmal bestraft worden, weil er statt seines wirklichen Vornamens Johann den Vornamen Daniel annahm, um in seinen Reclameanzeigen durch das vorgesetzte D. als Doctor zu imponiren. Das von ihm ausgestellte Zeugniss lautete: „Ich bezeuge hiermit, dass Frau K. in S. herz-nierenleidend ist, jede Erkältung vermeiden muss und gegenwärtig das Bett nicht verlassen darf. W., Vertreter der Naturheilkunde." Die Consequenzen einer in dieser Weise ausgesprochenen Anerkennung des Curpfuschers als ärztlichen Sachverständigen ergeben sich von selbst und es ist deshalb nicht zu verwundern, wenn das Corr. Bl. seine Mittheilung mit der bitteren Bemerkung schliesst: „Der

Vorgang ist pathognomisch für die erbärmlichen Verhältnisse, in denen sich der ärztliche Stand und dessen Ansehen gegenwärtig im Allgemeinen befindet. Quousque tandem!"

— Der 25. deutsche Aerztetag, welcher am 10. und 11. September in Eisenach stattfand und sehr zahlreich besucht wurde, hat Stellung gegen die immer mehr überhandnehmende Curpfuscherei genommen und mit grossem Mehr die folgenden Thesen angenommen: 1. Die Freigabe der Ausübung der Heilkunde hat das öffentliche Wohl direct und indirect und das Ansehen der Aerzte schwer geschädigt. 2. Die Voraussetzungen, unter denen die Ausübung der Heilkunde durch die Reichsgewerbeordnung freigegeben wurde, haben sich nicht erfüllt, weil die Unterscheidung zwischen Arzt und Curpfuscher vom Volke nicht verstanden wird, weil die Curfuscherei an Umfang erheblich zugenommen hat, weil die Bestrafung der Curpfuscherei für angestifteten Schaden nur selten erfolgt. 3. Die Ausübung der Heilkunde ist den Bestimmungen der Reichsgewerbeordnung zu entziehen und durch eine deutsche Aerzteordnung zu regeln.

— Der Kreisarzt Dr. Victor Elter in Temesvar wurde von der Comitatsbehörde suspendirt, weil er ärztliche Hülfe, besonders ärmeren Kranken, wiederholt verweigerte, was in mehreren erwiesenen Fällen den Tod der Patienten herbeiführte. Er wurde zudem unter Anklage gestellt und die Acten dem Strafgerichte übergeben.

— In Breslau soll seitens des preussischen Cultusministeriums eine Schule für Desinfectoren eingerichtet werden, die in Verbindung mit dem hygienischen Institut und unter der Leitung des Geh. Rathes Prof. Flügge stehen soll. Wer öfters der Desinfection von Privatwohnungen seitens städtischer Desinfectoren beigewohnt und gesehen hat, mit wie wenig Verständniss diese wichtigen Arbeiten oft ausgeführt werden, wird das Bedürfniss für derartige Schulen anerkennen.—Münchn. Med. Woch.

— Anlässlich eines Falles, in welchem im Handverkauf bezogene Thyreoidintabletten sehr bedrohliche Vergiftungserscheinungen hervorgerufen hatten, gelangte, wie das öster. Sanitätsw. mittheilt, die Frage zur Erörterung, ob dieses Präparat im Handverkauf abgegeben werden darf. Das Ministerium des Innern erklärte, dass ein besonderes Verbot des Handverkaufs von Thyreoidintabletten nicht nothwendig erscheint, weil nach den Bestimmungen des Par. 3 der Min.-Verordn. vom 1. Juli 1889, die Thyreoidintabletten und ähnliche Präparate überhaupt vom Handverkaufe in öffentlichen Apotheken ausgeschlossen sind.—Wien. Med. Woch. No. 35.

— Im British Medical Journal (4. Sept. 1897) wird eine Statistik mitgetheilt, welche die „Sceptre Life Association" über das Procentverhältniss der Todesfälle bei Abstinenzlern und Nicht-Abstinenzlern aufgestellt hat. Nach diesen Berechnungen, welche sich auf alle in den Jahren 1884—'96 unter den Versicherten dieser Gesellschaft vorgekommenen Todesfällen beziehen, beträgt die Mortalitätsziffer unter den Abstinenzlern 58,06 Procent, unter den Nicht-Abstinenzlern 80,8 Procent.

— Nach einer Untersuchung der Statistischen Correspondenz über die Vertheilung der Blinden, Taubstummen und Geisteskranken auf die einzelnen Glaubensbekenntnisse, kommen die fraglichen Leiden, besonders aber Geisteskrankheiten bei den Juden viel häufiger vor als bei den Christen und bei den männlichen Personen jedes Religionsbekenntnisses häufiger als bei den weiblichen. Während bei den Evangelischen auf 100,000 Ortsanwesende nur 67 und bei den Katholiken 66 Blinde entfallen, beträgt die Verhältnisszahl bei den Juden 83. Taubstumme entfallen auf 100,000 Personen bei den Evangelischen 87, bei den Katholiken 94, bei den Juden aber 136. Bei den Geisteskranken haben die Evangelischen die Verhältnisszahl von 261, die Katholiken die von 250, während bei den Juden die Zahl auf 498 steigt. Es finden sich also bei den Juden fast noch einmal so viel Geisteskranke als bei den christlichen Confessionen. Für das männliche Geschlecht lauten die Verhältnisszahlen der Blinden bei den Evangelischen 72, bei den Katholiken 70, bei den Juden 100, der Taubstummen 97, 107 und 148, der Geisteskranken 278, 270 und 534; für das weibliche bei den Blinden 63, 63 und 66, bei den Taubstummen 78, 81 und 124, bei den Geisteskranken 246, 231 und 462.—Münchn. Med. Woch. No. 39. 2

— Zum ärztliche Berufsgeheimniss. In der „Rif. med." wirft ein italienischer Arzt die Frage auf, ob ein Arzt, welcher zu einem Abort gerufen, erkennt, dass es sich um einen verbrecherisch hervorgerufenen handelt, diese Thatsache anzeigen müsse? Die Antwort verneint dies: Nach dem Wortlaut der italienischen Strafprocessordnung (Art. 102) ist der Arzt nicht verpflichtet, eine strafbare Handlung, von welcher er durch seinen Beruf Kenntniss erhält, zur Anzeige zu bringen, weil er die von ihm behandelte Person dadurch einem Strafverfahren aussetzt. Er könnte sogar sonst wegen Verletzung des Berufsgeheimnisses belangt werden. Im vorliegenden Falle dürfte und müsste er demnach nur in dem Ausnahmefall Anzeige erstatten, wo der vorliegende criminelle Abort gegen den Willen und die Zustimmung der Schwangeren eingeleitet wurde. Bei den Meinungsverschiedenheiten, welche diesbezüglich herrschen, dürfte dieser Standpunkt einer modernen Strafgesetzgebung interessiren.—Wien. Med. Presse.

— In den Annales des maladies des Organes Génitaux-Urinaires (ref. in Monatsh. für Pract. Dermat. No. 9, 1897) veröffentlicht Matignon einen medicinisch und ethnographisch interessanten Artikel über die Eunuchen des kaiserlichen Palastes zu Peking. In China darf nur der Kaiser und einige Mitglieder seiner Familie Eunuchen halten, während in der Türkei, Persien etc. dies jedem frei steht, dem die finanziellen Mittel dazu zur Verfügung stehen. Alle Angestellten des kaiserlichen Palastes in Peking sind Eunuchen und wenn am Abend die Pforten der „gelben Stadt", der Residenz des Kaisers geschlossen werden, gibt es unter den 6000—7000 Personen, welche sie umschliessen, nur einen Mann, den Kaiser. Die Castratio wird in der Nähe des Palastes von einem Operateur ausgeführt, in dessen Familie diese Function seit langer Zeit erblich ist. Die Operation beschreibt Matignon in der folgenden Weise: Der Patient wird auf eine Art Feldbett gelagert. Bänder drücken die Schen-

kel und den Leib nieder. Ein Gehilfe hält ihn kräftig um die Taille, zwei andere halten die Beine auseinander. Der Operateur ist entweder mit einem krummen Messer oder mit einer langen und starken Scheere ausgerüstet. Mit der linken Hand fasst er Penis und Hoden, drückt sie zusammen und dreht sie, um das Blut möglichst auszutreiben. In dem Augenblick, da er schneiden will, frägt er nochmals den Clienten oder dessen Eltern: Stimmt Ihr zu? Erfolgt eine zustimmende Antwort, so schneidet er mit einem raschen, glatten Schnitt Ruthe und Hoden ab. Sodann wird ein kleiner Bolzen von Holz oder Zinn in Form eines Nagels in die Harnröhre gesteckt. Die Wunde wäscht man dreimal mit gepfeffertem Wasser. Dann werden mit Wasser befeuchtete Blätter aus Papier über die Gegend gelegt und das Ganze wohl verbunden. Der Patient spaziert hierauf, von Gehülfen unterstützt, 2—3 Stunden lang im Zimmer auf und ab, nachher darf er sich niederlegen. Die nächsten 3 Tage erhält der Operirte gar kein Getränk, der Verband wird nicht berührt, der Kranke leidet nicht blos an seiner Wunde, sondern hauptsächlich durch die Harnverhaltung in Folge des mechanischen Hemmnisses. Erst nach diesen 3 Tagen wird der Verband entfernt und der Arme darf uriniren oder es wenigstens versuchen, denn es gelingt ja nicht immer. Kann er Harn lassen, gilt er als geheilt und empfängt Glückwünsche. Wenn aber das Uriniren nicht von Statten geht, muss der Operirte entsetzlich leiden und an der Harnverhaltung zu Grunde gehen, denn die Chinesen bedienen sich des Katheters nicht. Nach Amputation bleibt eine grosse Wunde zurück von etwa dreieckiger Gestalt mit nach unten gerichteter Spitze. Die Heilung erfolgt durch Granulation durchschnittlich in 100 Tagen. Trotz des so primitiven Vorgehens sind üble Zufälle selten, die Sterblichkeit beträgt 3—4 Procent. Die häufigste Complication ist die Incontinentia urinae, nicht so häufig die Harnverhaltung. Wenn die Incontinenz dem Operateur zu lange dauert, erhält der Patient Schläge. Diese Behandlung gilt als aus ausgezeichnet und wird fortgesetzt, bis die Incontinenz aufhört. Die Atresie des Canals zu bekämpfen, wird ein kleiner Holzpflock oder eine Art Bougie von Zinn eingeführt, ständig an Ort und Stelle gelassen und vor dem Uriniren weggenommen.

Berichtigung: In der letzten Nummer, Seite 513, Zeile 6, lies dilatorisch statt dictatorisch.

Wohnungswechsel: Dr. A. Rose, 126 E. 29th St.; Dr. Carl Theobald, 239 E. 10th St.; Dr. S. A. Knopf, 955 Madison Ave.; Dr. J. L. Wachenheim, 173 E. 70th St.

Geschäftliche Zuschriften, Geldsendungen. Bestellungen, u. s. w., sind zu richten an: Medical Monthly Publishing Co., 17-27 Vandewater Street, New York.

Manuscripte, Wechselblätter und Anfragen bezüglich des Inhaltes sind an den Herausgeber zu richten.

ALFRED MICHEL,
357 W. 30th St.

New Yorker
Medicinische Monatsschrift.

Officielles Organ der
Deutschen Medicinischen Gesellschaft der Stadt New York.

Redigirt von Dr. Alfred Michel.

Bd. IX. New York, November 20. 1897. No. 11.

ORIGINALARBEITEN.

Dermoidcyste der Zunge.

Von

Dr. Otto G. T. Kiliani,

Chirurg am Deutschen Hospital, New York.

Die Dermoidcysten des Mundbodens sind, wenn auch wohlbekannt, doch selten genug, um die Mittheilung eines einzelnen Falles zu rechtfertigen.

Ich lasse zunächst einen Auszug aus der Krankengeschichte des betreffenden Falles folgen:

Am 16. August, 1897, wurde G. G. im Deutschen Hospital mit folgender Anamnese aufgenommen: Patient, der hereditär nicht belastet und immer gesund gewesen sein soll, bemerkt seit anderthalb Jahren Schluckbeschwerden mit vermehrter Speichelabsonderung und Hustenreiz. Bald darauf entdeckt Patient einen harten, kleinen Knoten medianwärts am rechten Kieferaste gelegen, und eine Schwellung im Munde rechts unter der Zunge. Schmerz tritt nur beim Schlucken auf. Sonst bei völligem Wohlbefinden. Keine subjectiven Symptome.

Langsame Zunahme der Schwellung innen und aussen.

Am 18. August ergibt sich folgender Status: Der ganze Mundboden der rechten Seite ist von einem etwa orangengrossen Tumor vollständig eingenommen, welcher bei Schluckbewegungen dem Schlunde folgt. Bei bimanueller Untersuchung ist undeutliche Fluctuation wahrnehmbar; im Uebrigen fühlt sich der Tumor vom Munde aus ziemlich weich, von aussen härter an. Entzündliche Erscheinungen fehlen. Weder die Submental noch Sublingualdrüsen sind involvirt. Probepunktion mit einer kleinen Spritze ergiebt bernsteingelbe, leicht zähe Flüssigkeit, welche als Ranulainhalt angesprochen wird.

Am 21. August machte der Hausarzt mit meiner Zustimmung unter localer Anästhesie eine Incision vom Munde aus, und eine im submaxillaren Dreieck, und führte eine Kornzange von der inneren Wunde nach der äusseren durch, wobei sich ungefähr ein Esslöffel voll hellgelber nicht ganz klarer Flüssigkeit entleert haben soll, die nicht weiter untersucht wurde. Drainage mit Gaze.

Als ich den Fall nach einigen Tagen zu sehen bekam, war es augenscheinlich, dass die Cyste nicht völlig entleert war, da immerhin der Tumor noch die Grösse einer Citrone darbot. In Chloroformnarkose wurde am 30. August die äussere Incision erweitert, und die Cyste mit dem scharfen Löffel ausgeräumt, wobei grosse Massen eines schmierigen Breies und Bündel von Wollhaaren entfernt wurden. Die Cystenwand war durch die vorhergegangene neuntägige Drainage derartig in Zerfall übergegangen, dass sie sich in grossen Fetzen abstiess und sich leicht entfernen liess. Der explorirende Finger gelangte von der äusseren Wunde in einen Hohlraum, der sich von der vorderen Zahnreihe bis zum Zungengrund und in das Zungengewebe hinein erstreckte, und nach unten bis zum os hyoïdes reichte, wo eine innigere Adhäsion zu bestehen schien.

Verätzung der ganzen Höhle mit Trichloressigsäure nach breiter Erweiterung der im Munde bestehenden Incision. Drainage mittelst Gaze. Häufiger Verbandwechsel mit Carbolausspülungen. Die Wunde und Fistel heilte rasch aus, so dass Patient am 20. September geheilt entlassen wurde.

Wie schon eingangs bemerkt, sind die Dermoidcysten des Mundbodens ziemlich selten. Eine genaue Feststellung der Zahl der bisher veröffentlichten Fälle ist mir leider nicht möglich, da mir die jüngste Arbeit über diese Frage, welche auch ein completes Litteraturverzeichniss enthalten soll, leider nicht zugänglich ist, nämlich, Caye: Des Kystes dermoides et mucoides medians de la langue. Thése de Paris, 1892.

Im Jahr '91 fand in der Société chir. de Paris bei Gelegenheit eines Berichtes über eine sublinguale Dermoïdcyste, operirt von A. Schmitt, medecin major, eine lebhafte Discussion statt, wobei Gérard Marchant über einen neuen Fall berichtete und zugleich auf seine „Notes sur les Kystes dermoïdes du plancher buccal", veröffentlicht im Bulletin de la Société anatomique, 1886, hinwies, wo er über 30 Fälle berichtete. M. Bazi hatte zwei persönlich beobachtete Fälle mitzutheilen.

Das Vorkommen und die Pathologie dieser Cysten, sowie

die einzuschlagende Behandlung waren Gegenstand einer ziemlich ausgedehnten Litteratur, und sind deshalb wohlbekannt. Es mögen deshalb folgende kurze Bemerkungen genügen:

Die Dermoïdcysten kommen entweder genau in, oder nahe bei der Medianlinie vor, und werden in submentale und sublinguale unterschieden. Je nach den bestehenden Adhäsionen, werden sie von Marchant in „ad-hyoïdiens“ und „ad-gémiens“ eingetheilt.

Es muss als zweifellos anerkannt werden, dass diese Gebilde immer congenital sind, und von einem Epithelkeim herstammen, der, bei der Schliessung der Kiemenspalten im fötalen Leben versprengt eingeschlossen wurde. Der Mundboden wird vollständig von Gewebe gebildet, welches von den Kiemenbögen herstammt. Ohne auf nähere Details einzugehen, soll hier nur hervorgehoben werden, dass diese Epitheleinschliessungen stattfinden können, 1) unmittelbar vor, in oder hinter dem medianen Theil des Unterkiefers, wo die beiden Hälften des Unterkiefers zusammenwachsen, welche aus dem unteren Theil des ersten Kiemenbogens stammen; hieraus entstehen die median gelegenen Sublingualcysten. 2) Am medianen Theil des os hyoïdes, wo die beiden Hälften des zweiten und dritten Kiemenbogens verwachsen; hieraus entstehen die submentalen Cysten. 3) Zwischen dem Unterkiefer und dem Zungenbein, in der Medianlinie oder seitlich, wo die ersten und zweiten Kiemenbögen zusammenstossen. Der Ort und die Art der Entstehung dieser Cysten ist klinisch nachweisbar durch die innigen Verwachsungen mit den betreffenden Organen.

Klinisch können diese Cysten, wenn sie eine einigermassen nennenswerthe Grösse erreichen, kaum übersehen werden. Die Symptome sind rein functionell, und auch von der Grösse und Lage der Cyste abhängig, und bestehen in Sprach-, Schluck- und eventuell sogar Athembeschwerden.

Das Wachsthum ist immer sehr langsam, abgesehen von eventuellen gelegentlichen Entzündungen.

Die bedeckende Schleimhaut im Munde ist immer glatt, und über dem Tumor beweglich, und, unter Umständen, kann der atheromatöse gelblich weisse Inhalt durchscheinen. Da der Cystenbalg jedoch meist dick, 1 mm. und mehr ist, so ist dies letztgenannte Phänomen selten. Fluctuation fehlt gewöhnlich, da meist der Inhalt dieser Cysten hierfür zu dick ist. Tritt,

wie in unserem Falle, eine Trennung des Inhaltes ein, in eine dünne Flüssigkeit und einen dicken Satz, so kann sie vorhanden sein. Manchmal ist das Symptom der Digitalimpression vorhanden.

Histologisch zeigt der Cystensack folgende drei Lagen: 1) Plattenepithel, welche den normalen Epidermishornhautzellen entsprechen, 2) polygonale Zellen (Malpighii). Es erstrecken sich pediculäre Verlängerungen in die nächste Gewebsschicht, welche aus epithelialen Zellen bestehen, die am Grunde polygonal, an der Peripherie abgeplattet sind. Keine Papillen. 3) Derma, elastische Fasern, Bindegewebe, verwachsen mit dem Bindegewebe und Muskelfasern der Umgebung. Die Dermoidcysten stellen demnach histologisch die vollständige Derma dar, nur ohne Papillen.

Als beste Behandlungsmethode muss entschieden die Totalexstirpation angesehen werden, welche jedoch oft nicht geringe Schwierigkeiten zu bieten scheint. Trotzdem sind auch bei weniger energischem Eingreifen Heilungen berichtet worden.

In unserem Falle war eine Exstirpation leider nicht möglich, wegen der vorausgegangenen Operation. Interessant war in unserem Falle die Trennung des Inhaltes in einen flüssigen und festen Theil, so dass die Punction eine Ranula vortäuschte. Ob in unserem Falle wegen der conservativen Behandlung die durch äussere Gründe bedingt war, ein Recidiv eintreten wird, bleibt abzuwarten. Es ist dies jedoch kaum wahrscheinlich, wegen der entzündlichen Abstossung des Dermoïdbalges, in Folge der ersten Eröffnung und Drainage.

Die hauptsächlisten Arbeiten, welche sich mit diesem Gegenstand beschäftigen, sind folgende:

Güterbock. Arch. f. klin. Chir., 1878, p. 985.

E. Ozenne. Des Kystes dermoïdes sub-linguaux. Arch. gen. de med., 1883, p. 278.

M. Géhe. Des Kystes de la langue, Thèse de Paris, 1882. Referirt im Centr. f. Chir., 1883, No. 25, p. 400 von K. Jaffé.

Barker. Transactions Clin. Society, Vol. XVI., p. 215, 1883.

Henry T. Butlin. Diseases of the Tongue. (Cassell & Co., Limited, 1885.)

Gérard Marchant. Bull. de la Soc. anat., 1886, p. 653. Notes sur les Kystes dermoïdes du plancher buccal.

O. Lannelongue et Archand. Traité des Kystes congénitaux du cou, 1886.

Bulletin et Mémoires de la Société de chir. de Paris, XVII, 1891, pp. 22.

Caye. Des Kystes dermoïdes et mucoïdes medians de la langue. Thèse de Paris, 1892.

Mikulicz und Kümmel. Local diseases of the mouth. Twentieth century practice, 1897.

His. Anatomie menschlicher Embryonen. III. Theil, Leipzig, 1888.

133 Ost 57. Strasse.

Ueber Diät bei Dyspeptikern.*)

Von

Dr. Henry Elsner,

Professor der inneren und klinischen Medicin am Syracuse Medical College.

M. H. Für die höfliche Einladung des Präsidenten und die liebenswürdige Aufforderung des Herrn Doctor Einhorn, an der Discussion seines Vortrages über Diät bei Dyspeptikern Theil zu nehmen, möchte ich meinen verbindlichsten Dank aussprechen.

Die Frage, welche wir durch diese Discussion zu erörtern suchen, ist eine schwere und bedarf ruhiger Ueberlegung und Bedachtsamkeit. In der Discussion will ich meine wenigen Worte auf die eigentliche Form der Dyspepsie, wie sie ja so klassisch vor beinahe zwanzig Jahren unter dem Namen „Nervöse Dyspepsie" von dem Meister L e u b e beschrieben wurde, beschränken.

Obwohl wir während der vergangenen zwei Decaden bedeutende Fortschritte in der Diagnose und Pathologie der Magenkrankheiten gemacht haben, so müssen wir noch heute streng an den ursprünglichen Grundsätzen Leube's festhalten, „nur diejenigen Krankheitsbilder als nervöse Dyspepsie zu bezeichnen, bei welchen von anatomischer Seite nichts im Wege steht, eine ausschliessliche Betheiligung des Nervensystems, speciell der Magennerven am Zustandekommen der Dyspepsie anzunehmen." Ist Vermehrung oder Verminderung der Sensibilität, Contractilität oder Secretionsintensität des Magens vorhanden, werden wir doch immer einen Symptomencomplex bei der Dyspepsie finden, mit vielen Symptomen, welche mehr

---

*) Als Einleitung zur Discussion über den Vortrag des Herrn Dr. M. Einhorn in der Sitzung der Deutschen Medicinischen Gesellschaft von New York am 4. Oct. 1897.

oder weniger constant sind, und sehr oft mit den mannigfaltigsten Beschwerden, welche von den verschiedenen Theilen des Nervensystems stammen. Diese Symptome sind oft so weitgreifend, dass man sich leicht entschliessen kann, dass man es nicht mit localen oder dissemminirten Läsionen zu thun hat, sondern mit einem Reizzustand des Nervensystems, welcher seinen Besitzer zum Neurastheniker macht.

Obwohl die Zahl der nervösen Dyspeptiker keine geringe ist, finden wir, dass die Fälle, welche wir früher als Dyspepsie bezeichneten, in denen wir keine Ursache für die Entstehung der Symptome finden konnten, nun (Dank den Bemühungen Leube's, Ewald's, Riegel's, Boas', Leos', Rosenheim's, Einhorn's und Anderer) von Tag zu Tag weniger werden, und hoffen wir mit den weiteren Verbesserungen und Verfeinerungen der diagnostischen Methoden, dieses Capitel völlig zu erledigen. Rathsam ist es in manchen Fällen, wo man unsicher, aber geneigt ist, nervöse Dyspepsie anzunehmen, die Diagnose sub judice zu halten, bis man Gelegenheit hat, das ganze Feld genau zu erforschen und durch analytisch-inductive Methode sich zufrieden zu stellen.

Behandeln wir unsere Fälle diätetisch, medicinisch, oder mechanisch, so hat mir die klinische Erfahrung klar gemacht, dass man die nervöse Dyspepsie von drei verschiedenen ätiologischen Standpunkten aus betrachten muss.

I. Fälle, in denen man annehmen darf, dass eine locale Irritabilität der Magennerven besteht, welche die Thätigkeit des Magens beeinflusst und von hier aus eine allgemeine Nervosität verursacht. Solche Fälle werden durch fehlerhafte Nahrung, perniciöse Gewohnheiten, Ausschweifungen u. s. w. verursacht.

II. Fälle, in denen geistige Ueberanstrengung, Vererbung, Environment oder Diathese (das letztere ist sehr wichtig) eine Hauptrolle spielen. In diesen Fällen findet man oft ein unnatürliches und empfindliches Nervensystem mit wahrscheinlich angeborener gastrischer und intestinaler Hyperästhesie, endlich den Symptomencomplex der Dyspepsie vermischt mit mehr oder weniger Neurasthenie.

III. Die Fälle, in denen man den Symptomencomplex von Dyspepsie hat (stets functionell), wo man annehmen kann, dass der Sitz des Leidens in anderen Organen zu finden ist, wie zum Beispiel in den Ovarien, den Nieren, dem Uterus oder sogar in den Augen.

Bei einer Regelung der Diät haben wir nach meinen Erfahrungen stets drei Punkte im Auge zu halten.

Erstens müssen wir solche Speisen erlauben, welche den Magen zu normaler Function reizen, so weit dies durch Speisezufuhr möglich ist.

Zweitens müssen wir darauf achten, dass der Gesammtorganismus durch übermässige Entziehung nicht leidet.

Drittens muss man eine Diät verschreiben, welche im Stande ist, den unterliegenden metabolischen Fehler, wo ein solcher besteht, zu corrigiren.

Das Wichtigste bei allen Indicationen für Diät muss stets die Kräftigung des Gesammtnervenlebens sein.

Die Worte Boas' könnten bei dieser Discussion mit Nutzen citirt werden:

„Man stimmt wohl heutzutage allgemein darin überein, dass nirgends strenge diätetische Massnahmen weniger am Platze sind als bei Neurasthenikern des Magens. Hier prallen alle Grundsätze der Diätetik an dem wechselvollen und bizarren Verhalten der Verdauungsstörungen ab. Planvolles Probiren hat hier den Werth einer wissenschaftlichen Methode." Bei der diätetischen Behandlung der Dyspepsie haben wir alle die Erfahrung gemacht, welche lehrt, dass der Arzt eine ungeheure Geduld besitzen muss, dass er sich dem Patienten gegenüber standhaft erweisen, und sich bemühen muss, dessen volles Zutrauen zu erwerben; denn ohne volles Zutrauen zum Arzte ist kein Erfolg zu erwarten.

In den meisten Fällen hat mir meine Erfahrung bewiesen, dass eine radikale Veränderung der Lebensweise nach allen Richtungen hin, wie auch ein Wechsel in der Umgebung der Patienten mit einer Regelung der Diät schneller zum Ziele führt, als die einfache Diät ohne weitere Abweichungen. Dies ist das Geheimniss der Erfolge von Weir Mitchell's Behandlung. Findet man durch chemische Untersuchungen des Mageninhaltes positive Indicationen für Diät (wie dies so oft der Fall ist), so kann man sich auf diese stützen und mit zweckmässiger Nebenbehandlung zum Ziele kommen.

Bei vielen Fällen kann man die Indicationen für Diät nicht von der Untersuchung des Mageninhaltes gewinnen, denn man findet sehr oft trotz schwer dyspeptischer Symptome den Magensaft, Motilität und Resorption normal. Hier bewährt sich eine einfache gemischte Kost in nicht zu grossen Portionen am besten. Oft ist eine schonende Behandlung in Form einge-

schränkter Diät zunächst indicirt. Eine zu strenge Diät ist oft von Nachtheil und überflüssig. Man kann mit Bestimmtheit sagen, dass der übermässige Genuss von alkoholischen Getränken und Thee irritirend wirkt. In meiner Praxis habe ich sehr wenige Fälle von nervöser Dyspepsie gefunden, in welchen man die Alkoholika in grossen oder kleinen Gaben für nothwendig erachten musste. Reizmittel, welche zu vermehrter Function eines Organs führen, werden durch längeren Reiz zu Verminderung der Function Anlass geben. Die Erfahrung lehrt weiter, dass man öfters auf Fälle stösst, wo die Untersuchung des Mageninhalts Indicationen für eine Diät gibt, welche durchaus nicht vertragen wird, und wo man mit grosser Mühe nach mehr oder weniger Experimentiren endlich das gewünschte Ziel erreicht. Oft gewinnt man in der Praxis genaue Einsicht durch microscopische, macroscopische und chemische Untersuchung der Faeces, welche für die weitere diätetische Behandlung der Patienten von grossem Werth sind.

Es würde in dieser Discussion zu weit führen, die verschiedenen Nahrungsmittel besonders zu erwähnen, welche man in der diätetischen Behandlung der Dyspepsie anwendet. Diese müssen, nach einem gründlichen Verständnisse von Allem, was jeder specielle Fall darbietet, ausgewählt werden, aber man muss streng an physiologischen Gesetzen festhalten.

In jedem Falle muss der Arzt, so weit es möglich ist, über folgende Punkte strenge Massregeln angeben:

Regelung der Zeit des Essens.

Quantität und Qualität der Nahrung.

Verhalten bei, und nach der Nahrungsaufnahme.

Zerkleinerung und Einspeichelung der Speisen.

Temperatur der Speisen.

Ruhe ohne Schlaf nach dem Essen.

Vermeidung von schädlichen Beimengungen zur Nahrung.

Frische Luft, Bewegung, und, wenn möglich, Reisen.

Eine angenehme Beschäftigung, um den Geist thätig, und das Herz froh zu erhalten.

Ich kann mich nicht enthalten, noch einige Worte hinzuzufügen, denn ich möchte meinen Zuhörern einprägen, was meiner Ansicht nach, in der Behandlung des krankhaften Zustandes, über den wir heute berathschlagen, von der höchsten Wichtigkeit ist.

Es erfordert den stärksten Einfluss eines ehrenvollen Be-

rufes in diesen Fällen, die Wirkungen einer unaufhörlichen Selbstsuggestion zu überwältigen. Diese Patienten verlangen eine moralische Behandlung; sie mögen wollen, aber sie können nicht wollen; man muss sie aus der Nacht zum Lichte führen, damit die Schatten, die sie umfangen, gehoben werden. Kurz, die Persönlichkeit des Arztes muss sich fühlbar machen. Der Patient muss lernen, sich selbst zu vergessen, und dies kann sehr oft durch ehrliche und consequente Suggestion erreicht werden.

Ἀπὸ τὴν Ἑλλάδα. (Aus Griechenland.)

Von

Dr. A. Rose.*)

In der ganzen Weltgeschichte findet sich keine so merkwürdige Thatsache wie der grenzenlose Hass der deutschen Presse unserer Tage, den Griechen gegenüber, einem Volk gegenüber, das lange Jahrhunderte die grausamsten Prüfungen erlitten, das für seine Befreiung aus fast vierhundertjähriger Sklaverei mit dem höchsten Heldenmuth gekämpft; dessen Heer ein einziges Mal nicht tapfer sein konnte, und zwar aus demselben Grunde, aus dem das preussische Heer in der Schlacht bei Jena nicht tapfer war.

Die Griechen sind ein Volk, dem die Wissenschaft, dem die medicinische Wissenschaft zu höchstem Dank verpflichtet ist. Es handelt sich dabei nicht blos um das classische Alterthum, sondern auch um die neueste Zeit, ja um heute. Wenn Ihnen dies paradox erscheinen sollte, so bitte ich Sie um einige Geduld, bis ich im Laufe meiner Mittheilungen meine Behauptungen begründet haben werde.

Leider sind es nicht blos gewissenlose, oberflächlich gebildete, anonyme Journalisten, sondern es sind nicht wenige unseres Standes, die ein ganzes Volk in der ungerechtesten Weise verurtheilen.

Aber nicht blos das Volk, sondern auch die Sprache desselben wird verachtet und verleumdet von solchen, die weder diese Sprache der heutigen Griechen kennen, noch auch mit den Griechen selbst in Berührung gekommen sind.

Das ist noch nicht Alles, und würde uns auch hier nichts

*) Vortrag, gehalten in der Deutschen Medicinischen Gesellschaft von New York, Sitzung vom 4. Oct. 1897.

angehen. Ich besitze aber in meiner reichen Sammlung antihellenischer Litteratur auch Veröffentlichungen, in denen die reine Atmosphäre Athens, die geradezu musterhafte Hygiene dieser Stadt verunglimpft wird.

Die Luft in Athen ist rein. Man deckt die Tische auf der Strasse; Reiche und Arme, Jedermann geniesst die Wohlthat, täglich im Freien zu speisen. Alle Speisehäuser und Conditoreien Athens stehen unter strengster ärztlicher Aufsicht. Der Stadtarzt, Ἀστυατρὸς, berichtet in kurzen regelmässigen Zwischenpausen über jedes einzelne Speisehaus, jede Conditorei, über das Material, die Kochgeschirre, kurz über alle einzelnen Punkte, welche die Hygiene dieser Häuser angehen. Seine Berichte werden mit Namensnennung in den täglichen Zeitungen veröffentlicht, und wehe dem Ἐστιατόριον, über das ungünstig berichtet wird. Die Gäste in den Speisehäusern, welche wissen welche strenge Ueberwachung geübt wird, sind überaus critisch; die Küche ist gewöhnlich so angebracht, dass jeder Gast sie übersehen, dass er Alles, was dort vorgeht, beobachten kann. Ich habe drei Monate in Athen täglich in solchen Anstalten, oder vielmehr in einem Garten oder auf dem Trottoir die dazu gehörten, gegessen, mein Dinner kostete, Wein inbegriffen, nach unserem Gelde, 10 Cents, und die Gemüse und die Früchte waren köstlicher als Delmonico sie zu liefern im Stande ist. Ich bin bereit, den Beweis der Wahrheit anzutreten wenn ich sage, Bädecker lügt indem er behauptet, dass die Speisehäuser in Athen schlecht und schmutzig sind.

Wir in Amerika wissen zur Genüge, welchen Unsinn Fremde, namentlich Litteraten, Spaziergänger an den Grenzen der Wissenschaft zu Tage fördern, wenn sie sich über Amerikaner und amerikanische Zustände auslassen, ohne auch nur deren Sprache zu kennen.

Doch lassen wir dieses. Ich bitte um Entschuldigung, wenn ich von solchen unerquicklichen Leuten sprechen musste. Wir wollen nur wünschen, dass es bald tagen möge, dass man sich Griechenland gegenüber in den Grenzen der Wahrheit bewege.

Griechenland ist ein Gebirgsland. Vierfünftel seines Bodens sind Berge oder deren Ausläufer. Es bleibt demnach ein verhältnissmässig sehr kleiner Theil für Ebenen und Thäler übrig. In Folge der besonderen Bodenformation giebt es in Griechenland keine grossen Flüsse. Die Berge sind mei-

stens kahl, in erster Linie Dank den Venetiern, die hier gehaust haben; das Regenwasser fliesst zum grossen Theil in das Meer, entweder durch reissende Hochwässer oder Bäche, welche bald wieder austrocknen. Auch von den unterirdischen Wasserbehältern zieht das Land nicht viel Nutzen, weil der Boden dieser Behälter meist eine starke Neigung hat und deshalb das Wasser nicht in Form von Quellen zu Tage kommt, oder nur nahe der Meeresküste, oder gar im Meeresboden selbst ausströmt. Bei Besprechung der Malaria in Griechenland werden wir auf stagnirende Wasser aufmerksam machen.

Das Clima Griechenlands ist nicht einheitlich, im Gegentheil, es ist sehr verschiedenartig, je nach den verschiedenen Districten, ja verschiedenartig in demselben District. Vielleicht in keinem Theil unseres Planeten findet man so nahe an einander derartige Verschiedenheiten. Meer und Land beeinflussen sich in ganz besonderer Weise. In der Nähe der Küste gleicht die Vegetation der tropischen, auf vielen Bergen ist sie die alpine. Die mittlere Temperatur während des Jahres ist in den wichtigsten Theilen Griechenlands 20° R, dagegen giebt es auch ziemlich ausgedehnte Landstriche mit einer mittleren Temperatur von 10° R.

Es giebt meteorologische Beobachtungen über die Städte Athen, Patras und Corfu. Eine allgemeine Studie über das Gesammtclima von Griechenland, die wissenschaftlichen Werth besitzt, giebt es nicht. In dem folgenden, wenn nicht besonders der Ort erwähnt ist, bezieht sich alles auf das Clima von Athen.

Der Frühling ist im Allgemeinen sehr kurz, mit dem Monat März beginnend, und bis Mitte Mai dauernd. Die Frühlingsflora ist im April so ziemlich vollständig entwickelt. Die Temperatur während der Monate März und April ist angenehm. An Orten die in der Nähe von hohen, mit Schnee bedeckten Bergen gelegen sind, giebt es recht kalte Winde, die die Temperatur Nachts und Morgens erheblich herabsetzen. Mittags steigt die Temperatur in Folge der Südwinde, die gerade zu dieser Zeit häufig sind. Im März sind diese Winde oft von Regen begleitet. Im April ist Regen selten, und die Ackerbauer schätzen sich glücklich, wenn es überhaupt einmal während dieses Monates regnet. Der Mai vergeht gewöhnlich ebenfalls ohne Regen, ja selbst ohne Wolken.

Die Sommerwärme macht sich gewöhnlich Mitte Mai fühl-

bar und erreicht ihr Maximum Ende Juli, oder Anfangs August. In der Nähe des Meeres wird sie durch Seebrisen gemässigt, oder auch durch Nordwinde, welch letztere Luft und Boden austrocknen helfen. An verschiedenen Orten des Innern, wo meist unbepflanzte Ebenen und Thäler von Bergen umgeben sind, wird die Hitze unerträglich, sie hält sich zwischen 24 und 27° R. Die Atmosphäre ist trocken, Wolken sieht man in der Regel nur auf den höchsten Bergesgipfeln. Innern, wo meist unbepflanzte Ebenen und Thäler von Bergen Während des letzten Sommers regnete es einige Male in Athen, und dies wurde als etwas Aussergewöhnliches besprochen. Die Flüsse trocknen aus. In den Flussbetten wachsen Oleander und bilden ein weithin sichtbares Band von herrlichen Blüthenmassen. Die Vegetation, ausgenommen in diesen Flussbetten, ist unterbrochen, selbst der Nachtthau auf den Inseln und an den Küsten vermag ihre Dauer nicht zu verlängern. Nur da wo Wein und Bäume gepflanzt sind, vermag auch noch andere Vegetation fortzudauern. Während aber in dem grössten Theil des griechischen Tieflandes während der Sommermonate die Pflanzen durch die Hitze verdorren, bleibt auf den Bergen eine milde, angenehme Frühlingsluft. Der Frühling auf den Bergen, oder vielmehr eine Jahreszeit, die dem Frühling gleicht, dauert vom Juni bis zum September. Manche Thäler, die keinen erfrischenden Lüften ausgesetzt sind, erhalten eine Mässigung der Hitze von den kühlenden Einflüssen des ewigen Schnees der hohen Berge.

Herbst wie Frühling kennzeichnen sich durch plötzliche Temperaturwechsel. Im Monat September giebt es Tage die denen des Frühlings gleichen, im October kommen schon Regentage vor, im November fällt reichlich Regen, und Nordwinde bringen Kälte.

Der Winter im Allgemeinen in Griechenland ist nicht streng. Nur in den Gegenden, die den Nordwinden ausgesetzt sind, und die Orte, die die Winde von den schneebedeckten Bergen erhalten, leiden von Kälte, doch ausgenommen die hochgelegenen Orte nicht sehr vor dem Monat Januar. Uebrigens kommt es in den meisten Theilen Griechenlands selten vor, dass die Temperatur unter den Gefrierpunkt sinkt; die mittlere Temperatur des Winters variirt zwischen 9 und 13° R. Es giebt Regentage während dieser Jahreszeit, doch selten anhaltenden Regen. Oft sind diese Regentage durch angenehme, durch Tage, heiter wie die des Frühlings, unterbro-

chen; ja der dritte Theil der Dauer der Monate Januar und Februar sind in der That heitere. Ende Februar ist die Temperatur milde und es beginnt schon das Erwachen des Frühlings in der Vegetation.

Die Regenmenge, welche jährlich in Griechenland fällt, ist, wie auch die Temperatur, verschieden, je nach den verschiedenen Theilen des Landes. Während in Corfu (1.355 M.) mehr Regen fällt als in irgend einer Stadt Süd-Europa's, ist Athen (0,409 M.) diejenige, in der gerade das Gegentheil der Fall ist. Im Allgemeinen erhält Griechenland mehr Regenmenge als die Theile Italiens und Spaniens, die unter gleicher geographischer Breite gelegen sind. Manche Theile Griechenlands erhalten weniger Regenmenge als africanische Küstenstriche gleicher geographischer Breite.

Schnee fällt gewöhnlich nur auf den Bergen die über 1500 Meter hoch sind. In den meisten Theilen Griechenlands vergehen viele Jahre ohne dass die geringste Spur von Schnee fällt.

Die durchschnittliche Feuchtigkeit der Luft ist in Corfu 74,2, in Athen 62,4, in Patras 66. In Athen ist die durchschnittliche Feuchtigkeit während der Monate November und December 75, im August 40,3, im Juli 50,5.

Die vielen Winde, die man in Griechenland hat, beeinflussen recht bemerklich die Temperatur und den Feuchtigkeitsgehalt der Luft. Sie bringen Wärme, oft nur zu viel (Sirocco) Trockenheit oder Regen; sie sind ausserordentlich angenehm, oder auch sehr lästig, je nach der Richtung aus der sie kommen. An den wärmsten Tagen verspürte ich auf der Akropolis von Athen fast stets die Wohlthat kühler Winde. Die Fenster in Athen sind mit besonderen Schutzvorrichtungen gegen starke Winde versehen; ich fand es oft schwierig bei offenen Fenstern für meine Papiere, die auf dem Tische ausgebreitet waren, schnell genug Beschwerer zu finden. Anfangs hatte ich die Gewohnheit, mit einem grossen Schirm zum Schutze gegen die Sonne auszugehen, gab dies aber bald auf, weil ich oft in Folge des starken Windes den Schirm nicht offenhalten konnte. Die trockene Wärme in Athen, die viel leichter zu ertragen ist, als die Schwüle Luft des hiesigen Sommers, dauert von 10 Uhr Vormittags bis 4 Uhr Nachmittags, dazu kommt viel schneeweisser Staub den der Wind aufwirbelt. Man wird durstig, und ich habe an jedem Tag, den ich in Athen verbrachte, mehr Wasser getrunken, als in New

York während des ganzen Jahres. Das Trinkwasser kauft man in den Strassen; es wird von den Bergesquellen in grossen Fässern, die die Umgebung der Quellen im Bilde zeigen, und mit Lorbeerzweigen, Oleanderblüthen oder anderen Blumen geschmückt sind, in die Stadt gebracht, ist krystall klar, frisch, kalkhaltig und so köstlich, dass man ganz gut versteht warum die alten Griechen sagten „Wasser ist das Beste." In der That, ich denke mit Vergnügen an den Genuss den mir ein solcher Trunk köstlichen Quellwassers gewährte. Auch mein verehrter Freund, der amerikanische Gesandte, sprach sich ähnlich aus.

Ich wünschte ich wäre ein begabter Redner, um Ihnen darstellen zu können, wie wohlthuend es auf Körper und Geist einwirkt, wenn man im Sommer nach vier Uhr Nachmittags auf dem Syntagmatos Platz sich niederlässt und nach des Tages Hizte die erfrischende Seebrise empfindnt. Im Kreise von Gelehrten, Litteraten und Künstlern verlebte ich die glücklichsten Stunden. Ich glaube ich habe dort den Augenblick kennen gelernt an dessen Möglichkeit Göthe zweifelt:

Wenn Du vom Augenblick wirst sagen,
Verweile doch, Du bist so schön
So wird der Ruhm von Deinen Erdentagen
Nicht in Aeonen untergeh'n.

Ich wünsche Ihnen zunächst von der Flora, dann von der Fauna und von der Anthropologie, Ethnologie und Demographie Griechenlands zu sprechen, um schliesslich das was ganz direct uns Mediciner angeht, Hygiene, Morbidität, Mortalität zu verhandeln, wenn Sie mir hie und da eine Viertelstunde zu einem kurzen Vortrag gestatten wollen. Und wenn mich Jemand fragt, warum ich nur immer von dem Einen, von den Griechen spreche, so gebe ich die Antwort Mirza Schaffy's, dem man den Vorwurf machte, dass er nur immer Liebe, Rose und Nachtigall besinge.

Doch ich fürchte manche von Ihnen sind ungehalten, weil Sie glauben, dass ich von der practischen Medicin abschweife. Diese sind im Irrthum, ich schweife keinen Fingerbreit ab. Nichts ist practischer für den practischen Arzt, der Patienten nach geeigneten Climaten senden will, als das Clima von Griechenland kennen zu lernen. Ich habe Ihnen nur oberflächliche Andeutungen gegeben, um Sie zu gründlicherem Studium an-

zuregen. In Griechenland ist das herrlichste Clima unseres Planeten, aber der deutsche Hass gegen Griechenland erlaubt nicht, und dafür kann ich Ihnen Beweise bringen, dass man dies anerkennt.

Griechenland übertrifft alle Länder der Welt in Bezug auf wunderbare landschaftliche Schönheiten. Kein Land hat so schöne Aussichten von Bergeshöhen wie Griechenland. Die Fernsicht vom Parnassus ist die herrlichste, welche uns Sterblichen geboten ist. In keinem nördlich gelegenen Land ist die Luft so durchsichtig, dass sie wie magisch auf fern liegende Gegenstände wirkt. Dazu kommt ein Reiz der in den grossen Erinnerungen liegt, welche die Namen der Plätze in uns erwecken, von denen wir in der Schule gehört haben, als wir das lernten, was das Schönste in der ganzen Geschichte des Menschengeschlechtes war.

Schicken Sie Ihre Nerven-, Ihre Gemüthskranken nach Griechenland, und wenn Sie dort kein Heil finden, so giebt es überhaupt kein Heil für sie.

126 East 29th Str.

Referate und Kritiken.

Die Anatomie und Behandlung der Geburtsstörungen nach Antefixirung des Uterus. Von Dr. W. Rühl in Eibach-Dillenburg mit 15 Abbildungen im Text. Verlag von S. Karger in Berlin.

Sehr zeitgemäss erscheint die Broschüre. Das Thema ist so wichtig für den practischen Arzt, speciell für den Gynäcologen, dass wir jedem dringend empfehlen, die Broschüre genau zu studiren. Zu inhaltsreich ist die Schrift, um auf die Details einzugehen. Die Physiologie der Geburt nach Antefixirung ist gründlich und wissenschaftlich correkt besprochen. Es ist daraus zu ersehen, dass diejenigen von uns, welche sich ablehnend über die Vaginofixation ausgesprochen hatten, in jeder Beziehung Recht haben. Unsere Abneigung dagegen ist nicht nur theoretisch, sondern auch practisch begründet. Ebenfalls ist aber auch in dieser so vortrefflichen Abhandlung eine Lanze für die Verkürzung der Lig. rotunda gebrochen; die einzig richtige Operation, welche wir bis Dato kennen, nota bene bei richtiger Indicationsstellung.

Die Kreuzung der Uterusachse und Beckenachse nach Antefixirung ist durch geeignete Schemata vorzüglich erläutert.

Die Gründe der gut und schlecht verlaufenden Geburten nach vaginalen und abdominellen Antefixicationen sind genau besprochen.

Die Folgen der Antefixation sind:

1. Verlegung der Uterusachse, so dass eine Kreuzung von Uterusachse und Beckenachse entsteht.

2. Entfaltungshemmung der vorderen Uteruswand. Die Folgen der Achsenabweichung des Uterus sind:

a. Veränderung des Fruchtachsendruckes während der Geburt.

b. Lage-Anomalien des Fötus.

c. Hochstand der Portio.

Die Folgen der Entfaltungshemmung der vorderen Uteruswand sind:

a) Ueberdehnung der übrigen Wände des Uterus, besonders aber der hinteren resp. oberen Wand des Uterus mit frühzeitiger Entfaltung der hinteren Muttermundslippe.

b) Erschwerte Beweglichkeit des Fötus und Verstärkung des intrauterinen Druckes in Folge abnormer Spannung der Uteruswände.

c) Retroposition der Cervix.

d) Verstärkung des Hochstandes der Cervix.

Wenn wir auch nicht in jeder Hinsicht mit dem Autor übereinstimmen können, was die Indication und Technik der angeführten Operationen anbetrifft, so müssen wir doch zugeben, dass die Broschüre höchst lehrreich für jeden Arzt ist, speciell für solche, welche sich mit Gynäkologie und Geburtshülfe abgeben.

Hoffentlich wird die Schrift dazu beitragen, der Vaginofixation bei noch fruchtbaren Frauen, welche eine Retroflexio uteri haben, mehr Einhalt zu thun.

H. J. B.

Ueber Puerperale Psychosen. Von Dr. Oswald Knauer mit einem Vorwort von Prof. Dr. Martin. Verlag von S. Karger in Berlin.

Die puerperalen Psychosen sind nach der Olshausen'schen Eintheilung in sehr leserlicher Weise besprochen. Besonders hervorzuheben sind die Krankengeschichten, welche dem Leser den ganzen Verlauf der Krankheit auf das Klarste darstellen, und ihm die Prognose deutlich vor Augen führen, was für den practischen Arzt von grosser Bedeutung ist.

Die Prognose bei den infectiösen und idiopathischen Puerperalpsychosen ist mit besonderer Vorsicht zu stellen, da nur wenige der so Erkrankten vollständig genesen; ausserdem handelt es sich bei der überwiegenden Mehrzahl der Kranken um erbliche Belastung, daher die dubiöse Prognose. Eine bessere Aussicht auf vollständige Heilung haben die Intoxicationspsychosen.

Das Lesen der Broschüre ist jedem practischen Arzte auf das Wärmste zu empfehlen.

H. J. B.

SITZUNGSBERICHTE.

Deutsche Medicinische Gesellschaft in New York.

Montag, den 4. October 1897.—17 West 43. Strasse.

Präsident: Dr. W. Freudenthal.

Secretär Dr. J. A. Beuermann verliest das Protocoll der vorigen Sitzung, welches genehmigt wird.

Präs. Dr. W. Freudenthal: Ich ersuche nunmehr den Secretär, das Protocoll der Verwaltungsraths-Sitzung vom 2. October zu verlesen.

Sec. Dr. J. A. Beuermann verliest das Protocoll der Verwaltungsraths-Sitzung, welches folgende Vorschläge enthält:

1. Das diesjährige Stiftungsfest der Gesellschaft am Sonnabend den 18. December mit einem Commers zu begehen.

2. Zu diesem Zweck ein Committee von 5 Mitgliedern zu ernennen.

3. Den Vertrag mit der Cherouny Printing Company, wonach die New Yorker Medicinische Wochenschrift zum offiziellen Organ der Gesellschaft gemacht wurde, auf ein weiteres Jahr zu erneuern.

Auf Befragen seitens des Präsidenten beschliesst die Versammlung ohne Debatte, die Empfehlung des Verwaltungsrath gutzuheissen. Der Präsident erklärt, die Mitglieder des Committees im Lauf der Sitzung ernennen zu wollen.

VORSTELLUNG VON PATIENTEN UND DEMONSTRATION VON PRAEPARATEN.

Dr. Max Einhorn: DIE BESICHTIGUNG DER SPEISEROEHRE UND DER CARDIA.

Erscheint als Originalarbeit in der Decembernummer der Monatsschrift.

Discussion. Ein Mitglied der Versammlung weist auf die Schwierigkeit der Dilatirung des Oesophagus hin und fragt, in wie viel Fällen es gelungen ist, die Oesophagoscopie zu machen.

Dr. Max Einhorn: Ich muss sagen, dass es mir in allen Fällen gelungen ist, in denen ich es versucht habe. Nur ein einziges Mal habe ich den Versuch aufgegeben bei einer Dame, die nicht wollte, dass ich es versuchte. Ich muss ausdrücklich sagen, die Methode an sich ist nicht schwer, hauptsächlich wenn man sich ein wenig eingeübt hat. In Bezug auf das Resultat ist es ganz selbstverständlich, dass man daraus grossen Nutzen ziehen kann, und ich habe selber schon bei meiner verhältnissmässig geringen Erfahrung, die ich darüber gesammelt, Fälle gehabt, in denen man durch die Oesophagoscopie die Diagnose auf eine Neubildung leichter stellen konnte. So habe ich letzthin einen Arzt aus dem Westen gehabt, der mir behufs Diagnose zugeschickt wurde, und bei dem an der Cardia eine Stelle sehen konnte, die röthlich war und mit weissem Gewebe durchsetzt, ein Zustand, den man sofort als etwas fremdartiges erkennen konnte, als ein Gewebe, das nicht dahin gehört. Sonst sieht die Cardia ziemlich roth aus, während der Oesophagus weiss aussieht. In einem anderen Fall, bei dem

auch Verdacht auf Carcinom da war, konnte man an der Cardia nichts sehen. Aber anstatt oberhalb der Cardia die Oesophagusschleimhaut zu sehen, hatte man plötzlich einen leeren Raum vor sich, so dass man die Diagnose auf Dilatation stellen musste. Diese Diagnose hat auch aus anderen Umständen gestellt werden müssen, und ein Carcinom der Cardia war jedenfalls auf Grund der Oesophagoscopie ausgeschlossen. Ich muss sagen, dass man diagnostisch gewiss viele Erfolge mit der Oesophagoscopie erzielen wird, und ich glaube entschieden, dass die Methode sich einbürgern wird. Es wird vielleicht einige Zeit dauern, aber es ist kein Zweifel, dass das Oesophagoscop ein stehendes Instrument in der Medicin bleiben wird.

Dr. Carl Beck: NEUE OPERATIONSMETHODE DER EICHELHYPOSPADIE.

Meine Herren. Sie alle wissen, dass die Behandlung der Hypospadie immer noch zu den Schmerzenskindern der Chirurgie gehört. Es dürfte kaum jemand heute Abend anwesend sein, der nicht da und dort Zeuge von Misserfolgen der zu ihrer Heilung empfohlenen Operationsmethoden war. Einem geschickten Operateur gelingt es durch minutiöse Sorgfalt wohl, die Eichelränder zur Vereinigung zu bringen, häufig wird es ihm aber doch passiren, dass an der Vereinigungsstelle der Harnröhrenmündung zuletzt eine Fistelbildung eintritt, die der Patient immer mehr oder minder mit einem leichten Vorwurf gegen den Operateur betrachtet. Der Schwierigkeiten sind aber auch gar zu viele. Man muss sich vergegenwärtigen, dass man einen neuen Wundkanal schaffen soll, dass man einen Fremdkörper in denselben einlegen muss, den unverrückt in seiner Lage festzuhalten sehr schwierig ist, und dass der Wundverlauf durch die Benetzung mit Urin gefährdet wird. Dazu kommt noch der mechanische Reiz, der beim Urinlassen ausgeübt wird und welcher an und für sich schon die Wundränder auseinander zu drängen im Stande ist. Wenn es nun gelingt, diese obstructiven Factoren auszuschalten, so müssten wir doch grössere Aussichten auf Erfolg haben. Ob es mir mit meinem Vorschlag gelungen ist, die angedeuteten Uebelstände zu beseitigen, will ich Ihrem eigenen Urtheil überlassen. Das Hauptprinzip desselben beruht kurz gesagt darauf, dass ich, anstatt eine neue Harnröhre zu schaffen, mich der vorhandenen Harnröhre bediene, welche ich loslöse und nach vorn verlagere, so dass ein neuer Wundkanal gar nicht geschaffen zu werden braucht. Demgemäss ist eine Verunreinigung mit Urin ausgeschlossen. Ferner ist die Einführung eines Röhrchens unnöthig. Wie ich wiederholt experimentell feststellen konnte, lässt sich die Harnröhre sehr leicht in die Länge ziehen, sobald man sie ausreichend mobilisirt. Die Technik, um sie detaillirt zu schildren, ist folgende:

Zuerst wird, während man die Eichel nach oben anspannt, nach beiden Seiten ein Querschnitt geführt, dessen jeweilige Länge ungefähr einem Viertel des Gesammtumfangs des Gliedes entspricht. Zieht man dann die scrotalwärts gelegenen Wundränder stark nach unten, so gelingt es leicht, die Urethra soweit loszulösen, ohne sie zu verletzen, dass die Länge des losgelösten Theiles ungefähr zwei Dritteln der Ausdehnung der Eichelrinne entspricht. Nach hinten und an den Seiten muss man viel ausreichender loslösen, als es nach vorn

nöthig ist. Durchsticht man nun den vorderen Urethralrand mit einer feinen Sutur und zieht ihn dann nach oben, so kann man ihn an der präsumptiven Mündung in den vorher angefrischten Eichelrinnenwundrand nach vorn einnähen.

Nunmehr wird ein Faden durch den hinteren Urethralrand geführt, so dass man denselben ebenfalls nach oben ziehen kann, wo man ihn dann entgegengesetzt der vorderen Naht befestigt. Dann lässt sich diese hintere, losgelöste Urethralportion nach innen- also nach vorn zu, einstülpen, so dass man die der Länge nach angefrischten Eichelränder leicht darüber zusammenziehen und vereinigen kann. Die anfängliche Querform der Wunde ist dabei in eine Längsfigur übergegangen, auf welche Weise die dislocirte Harnröhre eine Stütze erhält, ähnlich wie das untere Augenlied bei der Ectropionoperation. Hierbei wird auch die Incurvation beseitigt.

Da die Urethra nur umschnitten wurde, ihre Wand selbst aber unverletzt blieb, so kommt der Urin mit der Wundfläche selbst gar nicht in Berührung und die Einlegung eines Fremdkörpers ist, da ja kein Kanal geschaffen zu werden braucht, unnütz.

(Demonstration und Erläuterung von vier Illustrationen). Ich habe diese Operation bis jetzt zweimal ausgeführt. Zunächst bei einem jungen Mann, der bereits drei Mal erfolglos operirt worden war. Nach der geschilderten Methode gelang die Operation ausserordentlich leicht; auch trat absolut keine Reaction ein. Der andere Fall betrifft ein Kind, das ich vor wenigen Tagen erst operirte und bei dem die Hypospadie penilen Characters war. Trotzdem die Operation auch hier theilweise gelungen zu sein scheint, möchte ich doch im Allgemeinen meine Modification auf die Eichelhypospadie beschränken, bei der sie, wie ich annehmen zu dürfen glaube, die sicherste Aussicht auf Erfolg hat.

Discussion. Dr. A. Jacobi: Der Vortragende hat selber eine Anzahl Fälle für ungeeignet für die Operation gehalten. Das schliesst aber nicht aus, dass dieselbe für eine grosse Anzahl Fälle sehr segensreich wirken wird. Ich rede von denjenigen Fällen, in denen die Hypospadie weit hinten ausmündet und in denen das Dorsum und die hintere Unterfläche des Penis ungleichmässig ausgebildet sind. Solche Fälle giebt es viele. Selbst wenn die Hypospadie frühzeitig bemerkt wird, und wenn wir sie bald nach der Geburt sehen, finden wir, dass der Penis eine Krümmung hat mit Verkümmerung der unteren Partie, und ich kann mir denken, glaube auch gesehen zu haben, dass in einer Reihe von solchen Fällen die Krümmung eine grössere wird. Ich glaube aber, die Operation sollte nicht überall versucht werden, wenn der Penis ungleichmässig ausgebildet ist, nämlich die obere und die untere Hälfte; in dem Fall glaube ich, wird das Missverhältniss zwischen beiden durch die Operation verstärkt werden mit der Convexität nach oben und der Concavität nach unten.

Dr. Max Einhorn (Patienten vorstellend): Ich stelle diesen Patienten vor als einen Fall von Leukämie mit sehr grosser Milz. Bemerkenswerth an dem Fall ist, dass der Patient nicht besonders blass aussieht, und man bei seinem Anblick allein jedenfalls keine hochgradige Leukämie vermuthen würde. Er kam zu mir und klagte über sei-

nen Magen, ich konnte aber gleich sehen, dass die Beschwerden von der Milz kommen, die sehr vergrössert ist und auf seinen Magen drückt. Diese grosse Milz veranlasste mich das Blut zu untersuchen, und ich fand sofort ausgesprochene Leukämie. Als ich das Blut zuerst untersuchte, war das Verhältniss der weissen zu den rothen Blutkörperchen wie 1 zu 2 oder 3. Das war vor etwa einem Monat. Er hat seitdem viel Arsen genommen, und ich weiss nicht, ob das Verhältniss sich viel geändert hat. Ich werde das Blut sogleich untersuchen, so dass sich die Herren selbst überzeugen können. (Besichtigung des Patienten, und Vorzeigen eines frischen Blutpräparates.)

Dr. Carl Beck: Meine Herren. Ich möchte Ihre Aufemerksamkeit noch auf kurze Zeit in Anspruch nehmen, indem ich Ihnen ein Präparat eines Falles vorzeige, der in der Praxis glücklicher Weise nicht gar zu häufig vorkommt. Es handelt sich um ein Stück gangränösen Darms, das ich heute vor zehn Tagen resecirte. Ich führe Ihnen dasselbe aus mehreren Gründen vor; einmal um vor forcirter und allzulanger fortgesetzter Taxis zu warnen; ferner, um zu beweisen, dass ausnahmsweise ein gangränöser Darm vorhanden sein kann, ohne dass irgend welche schweren allgemeine Symptome vorhanden zu sein brauchen, und drittens, weil hier trotz vorhandener Gangrän nach der Darmresection absolut keine Reaction eintrat. Die Patientin ist heute, am 10. Tage nach der Operation, bereits aufgestanden. Sie ist 64 Jahre alt und litt seit Jahren an einer Inguinalhernie, die sich vor 11 Tagen einklemmte. Am Abend wurden forcirte erfolglose Taxisversuche gemacht. Am anderen Morgen, als der Zustand bedenklich erschien, wurde College Fischmann hinzugezogen, welcher sich gegen jede weiteren Taxisversuche aussprach und die Ueberführung der Patientin nach dem Hospital veranlasste. Bei der Aufnahme war der Puls 82, und die Temperatur normal. In der Inguinalgegend eine faustgrosse geröthete Geschwulst, deren ödematöse Bsschaffenheit zu dem Bericht von der rigorosen Behandlung der Geschwulst stimmte. Dass es sich hier um eine gangränöse Hernia handeln könnte, kam mir nicht in den Sinn und war ich sehr erstaunt, das im Bruchsack vorhandene Stück Darm ganz schwarz vorzufinden. Ein Stück Netz, welches sich ebenfalls in dem einige Esslöffel trüben faulen Serums enthaltenden Bruchsack befand, war sehr hyperämisch, während der Sack ein leicht gräuliches Colorit zeigte. Am Bruchsackhals waren tiefe Einschränkungen des Darms erzeugt worden. Ich entschloss mich zur sofortigen Darmresection — im gesunden Theil, entfernte den Bruchsack sowohl als das darin vorhandene Stück Netz und legte dann eine einfache fortlaufende Formalincatgutnaht an. Keine Drainage. Puls und Temperatur blieben nach der Operation völlig normal. Am dritten Tage trat Stuhlgang ein. Ich hatte in dieser Gesellschaft wiederholt Gelegenheit gehabt, die Frage der Darmresection zu discutiren und plaidirte immer für die primäre Resection. In den letzten Jahren modificirte ich meine Meinung jedoch dahin in allen denjenigen Fällen, wo man glaubte annehmen zu dürfen, dass längere Zeit schon Gangräne bestanden hatte, auf die Primärresection zu verzichten und einen artificiellen Anus anzulegen. In Fällen, als deren Typus der vorliegende gelten kann, wo man aus der Krankengeschichte eruiren kann,

dass die Krankheit erst vor Kurzem begann (vor 20 Stunden), kann die Gangrän doch nur erst ganz kurze Zeit bestanden haben und da sollte man doch immer die Darmresection versuchen. Da es sich zunächst nur um eine Circulationsstörung handelt, ein mechanisches Hinderniss also die Gangrän hervorgebracht hat, in anderen Worten also der Nährboden für die hier in Frage kommenden Bacterien doch nur ganz jungen Datums sein kann, so dass ihre Entwickelung nicht vorgeschritten sein kann, so ist es wahrscheinlich, dass man mit der Totalexstirpation sämmtliche mit dem gangränösen in Contact gerathenen Gewebes auch die Bacterienherde entfernt. Nur dann darf man auf einen aseptischen Verlauf hoffen. Wenn ein weiterer Tag verstrichen wäre, so würde jedenfalls die Entwickelung der infiicirenden Elemente viel weiter fortgeschritten gewesen sein, und dann ist das Princip der offenen Behandlung mit Aussenlassen der Darmschlinge vorzuziehen.

Ich möchte noch besonders hervorheben, dass es von der grössten Wichtigkeit ist, Alles was mit der gangränösen Darmschlinge in Verbindung stand, einfach zu entfernen und sich nicht vorzugaukeln, dass man solche Gewebe dann noch desinficiren könnte.

Ich möchte ferner noch darauf aufmerksam machen, dass ich der einfachen fortlaufenden Formalincatgutnaht (Serosa und Muscularis) den Vorzug vor dem Murphy-Knopf gebe. So ingeniös seine Construction auch ist, so sicher wie eine minutiöse angelegte Darmnaht ist er ganz bestimmt nicht.

Präs. Dr. W. Freudenthal: Ehe wir zu unserer eigentlichen Tagesordnung übergehen, heisse ich Sie alle zum Beginn dieses Semesters herzlich willkommen und hoffe, dass sie auch künftig unseren Verein ebenso zahlreich besuchen werden, wie bisher. Wenn ich mir bei der vorgerückten Zeit nur noch eine kurze Bemerkung erlauben darf, so ist es die, dass ich es gern sehen möchte, wenn unsere ferneren Vorträge sich auch auf das ungeheuer grosse hygienische Gebiet erstrecken würden. Die Untersuchung des Trinkwassers, der Luft u. s. w. und viele andere hygienische Fragen sind gerade für uns New Yorker so wichtig, dass ich glaube, dass sie hier auch besprochen werden sollten.

Die Abstimmung über den vorgeschlagenen Candidaten Robert S. Friedmann, 171 E. 75. Strasse, ergiebt, wie der Präsident später mittheilt, seine einstimmige Aufnahme.

Zu Mitgliedern sind vorgeschlagen: Drs. J. A. Price, F. Pirkner, Albert C. Geyser und Lawrence Gnichtel.

Dr. Max Einhorn verliest einen Vortrag DIE DIAET DER DYSPEPTIKER.

Das Gros der Dyspeptiker oder der chronisch an Verdauungsstörungen Leidenden fällt in die Klasse der functionellen oder auch nervösen Störungen des Digestions-Apparates. Hervorzuheben bei diesen Patienten ist eine eigentliche Furcht vor der Nahrungsaufnahme, welche Einhorn als Sitophobie bezeichnen möchte, und zu verwundern ist es nicht, dass bei dieser chronischen Unternährung der allgemeine Kräftezustand stets schlimmer wird. Mit dem Wort Dyspeptiker bezeichnet man allgemein einen an Verdauungsstörungen chronisch Leidenden,

wobei eine organische Erkrankung des Digestions-Apparates auszuschliessen ist. Bei der Diagnosenstellung kommt also lange Dauer des Leidens und Ausschliessen von Ulcus, Stenose etc. in Betracht. Die Untersuchung des Magenchemismus ist in vielen dieser Fälle ohne Bedeutung. Bei der Behandlung spielten die Medicamente eine untergeordnete Rolle, der Schwerpunkt liegt in der richtigen Ernährung: genügende Quantität, geeignete Varietät der Speisen. Bei der Hebung der Ernährung spielen zwei Speiseartikel, die bisher häufig von Laien wie Aerzten verboten wurden, eine grosse Rolle: das Brod und die Butter. Das Brod bildet beinahe ein Drittel der sämmtlichen im Gesundheitszustand zugeführten Nahrung, und hat zudem eine grosse Bedeutung als Anreger der Speichelsecretion und des Appetites. Die Butter erhöht den Geschmack der Speisen, ist aber in Anbetracht ihres grossen Caloriengehaltes eines der vornehmsten Nahrungsmittel. Ein Viertelpfund Butter deckt die Hälfte des Calorienbedarfes des Patienten und diese Quantität wird in der Regel ganz gut ertragen. Der Vortragende führt als Illustration des Gesagten zwei Krankengeschichten an. Natürlich darf man bei Patienten, die sich lange jeder gröberen Nahrung enthalten haben, nicht auf einmal alles gestatten, sondern geht ungefähr in folgender Reihenfolge vor: erst Milch, breiartige Suppen, Eier in Milch oder Bouillon durchgeschlagen, Zwieback in Milch eingeweicht; später Fleisch, zunächst das Weisse vom Huhn und feingeschabtes Rindfleisch und Kartoffelpurée; endlich Weissbrot, gekochte Kartoffeln, weich gekochte Eier, Rühreier, Austern, zuletzt Gemüse und Früchte. Wichtig ist die pünktliche Einhaltung der Mahlzeiten; eine zu genaue Angabe, wie viel von dem und dem erlaubt, ist nicht zulässig, da man dem Patienten eine gewisse Freiheit lassen soll. Ist das chemische Verhalten des Magens untersucht worden, so wird man bei Hyperchlorhydrie reichliche Quantitäten Fleisch nehmen lassen, während man bei Hypochlorhydrie und Achylia gastrica die Stärkesubstanzen, überhaupt vegetabilische Nahrung vorwiegen lässt.*)

Dr. Henry L. Elsner, Syracuse, N. Y., wird vom Präsidenten vorgestellt, von der Versammlung lebhaft begrüsst, und verliest seinen Beitrag zur Discussion des Themas. (Siehe Originalarbeiten.)

Dr. A. Jacobi: Dr. Elsner hat sich glaube ich sehr weise auf eine ganz bestimmte Form der Dyspepsie beschränkt, vielleicht die einzige Form der Dyspepsie, welche man als solche bezeichnen kann. Mit Dyspepsie bezeichnen die Aerzte und das Publicum eine grosse Anzahl von verschiedenen Symptomen und Krankheitszuständen. Es giebt für mich keine Functionsstörung des Magens, die mit Ausnahme vielleicht der neurotischen nicht unmittelbar gleich nach dem Anfang anatomische Veränderungen zeigt. Wenn wir von einem dyspeptischen Anfall nach einer schweren Mahlzeit, von Indigestion reden, so haben wir es sofort mit der Functionsstörung zu thun, aber unmittelbar darauf oder schon zugleich mit der Störung ist ein acuter Catarrh vorhanden, der nach kurzer Zeit ein chronischer werden kann. Die schweren Erkrankungen, Geschwüre u. s. w. sind von vornherein ausge-

*) Referirt von der Redaction. Der Vortrag wird in extensio in einem specialistischen Fachblatte veröffentlicht werden.

schlossen, aber Dr. Einhorn hat uns nicht gesagt, was er denn einschliesst, sondern hat ganz im allgemeinen von Dyspepsie gesprochen. Das hat mich bei der Klarheit und anatomischen Bestimmtheit, die wir an Dr. Einhorn gewöhnt sind, etwas verwundert. Wir können nicht wohl von Dyspepsie anders reden, wie wir von anderen Symptomgruppen reden. Die Dyspepsie ist mit allen möglichen Veränderungen des Magens und der Nachbargegend verknüpft. Es giebt Dyspepsien, die von chronischem Magencatarrh abhägen, solche, die von Leberkrankheit abhängen, von Lungenkrankheit, Herzkrankheit, wie wir das in der allgemeinen Praxis jeden Tag sehen. Diese Dyspepsien sind alle medicinisch wie diätetisch verschiedenartig zu behandeln, und nur wenn wir vorher eine ganz bestimmte Diagnose der Form der Dyspepsie gemacht haben, werden wir zu irgend einem diagnostischen therapeutischen Resultat kommen. Ich bin aber, wie Dr. Elsner, der Meinung, dass, wenn wir von Dyspepsie ohne anatomischen Hintergrund reden, wir es ausschliesslich mit neurotischer Functionsstörung zu thun haben.

Dr. Einhorn hat uns zwei Fälle mitgetheilt, die, wie mir scheint, genau in diese Categorie gehören. Im ersten Fall bei der 26-jährigen Dame haben wir es ohne allen Zweifel mit ausgebildeter Neurose zu thun. In dem zweiten Fall, wo es sich auch um Tiefstand der Leber handelte, hätte ich die Behandlung entschieden mit einer knapp anliegenden Binde begonnen, und ich glaube, dass das in vielen solcher Fälle zu einem Resultat führt.

Was die Neurose des Magens betrifft, so habe ich zu dem, was Dr. Elsner gesagt hat, nichts hinzuzufügen. Wo es sich um Störung des Gleichgewichts des Nervensystems handelt oder auch um locale Neuralgie, so wissen wir wohl, was wir zu thun haben, aber freilich nicht, ob wir viel ausrichten.

Zu der Diät, welche Dr. Einhorn vorgeschrieben hat, wie zu der von Dr. Elsner vorgeschlagenen allgemeinen Behandlung würde ich ohne allen Zweifel sofort meine Unterschrift hergeben. Eines wäre vielleicht zu überlegen. Dr. Einhorn ist meiner Ansicht nach ein wenig zu summarisch verfahren. Er sagt uns, dass diese Patienten ungefähr alles Mögliche zu essen bekommen, unter anderem auch eine bestimmte Quantität Fett. Das ist aber sehr häufig leichter gesagt als gethan. Bei der Verordnung von Butter, Fett überhaupt sollen wir uns genau nach den Zustand der Leber umsehen. Da wo wenig Gallensäure vorhanden ist, wird das Fett nur in kleinen Quantitäten vertragen. Deshalb soll man sich mit der Verordnung von Fett in acht nehmen, gerade so gut wie man bei ganz kleinen Kindern, dia an Dyspepsie irgend welcher Art leiden, mit der Verordnung gewöhnlicher Quantitäten von Fett vorsichtig sein soll. Es ist in den letzten paar Jahren Mode geworden, darauf zu bestehen, dass Kinder sehr viel Fett bekommen. Thatsache ist, dass die Stuhlgänge in normalen Kindern schon 9, 10, 13 Procent Fett haben, das gar nicht verändert ist. Wir kommen also ganz leicht dazu, zu viel Fett zu geben. Wenn wir darauf bestehen, dass dyspeptische Kinder einen bestimmten Procentsatz Fett nehmen, so vermehren wir die Dyspepsie. So ist es auch mit der Neurose des Magens bei mangelhafter Leber, und das ist ein sehr häufiger Zustand. Diese Personen sind in der Regel sehr anä-

misch. Sie haben keine gesunde Magenabsonderung, gelegentlich zu wenig, sehr häufig zu viel. Aber es ist kein normaler Magensaft mehr, sondern Säure, zum grossen Theil Salzsäure, zum grösseren Theil Essig- und verschiedene Fettsäuren. Das kommt gerade bei neurasthenischen Weibern sehr häufig vor, wie wir auch heute gehört haben. Ich meine, wir sollten auf Suggestion bestehen. Das Vertrauen, das unsere Patienten zu uns haben, ist ein Stück Suggestion, ein Stück Hypnotismus, und wo wären wir in der medicinischen Praxis, wenn es nicht diese Suggestion in Gestalt des Vertrauens und der Einwirkung eines festen Willens gäbe.

Ich bin natürlich auch der Meinung, dass man gut füttern soll. Aber daneben müssen wir auch zu einem besseren Allgemeinzustand zu gelangen suchen durch Massage, kalte Waschungen, nicht nur durch perfunctorische, sondern gute kenntnissreiche Massage, welche den Muskeln entlang geht, die Blutgefässe ausdrückt u. s. w.

Dies sind die wenigen Bemerkungen, welche ich zu dem was wir gehört haben zu machen hatte. Wir wollen vor allen Dingen nicht vergessen, dass solche Fälle nicht nach der Schablone behandelt werden können.

Dr. J. Kaufmann: Es ist erfreulich, dass in der Discussion das, was Dr. Einhorn, wie mir scheint, mit seinem Vortrag bezweckte, klar gestellt worden ist, nämlich dass hier lediglich die sogenannte nervöse Form der Dyspepsie betrachtet werden soll. Wenigstens habe ich Dr. Einhorn nach dem ganzen Zusammenhang seines Vortrages so verstanden, dass er speciell diese Form im Sinn hatte. Ich erachte das aus dem Grunde für erfreulich, weil es die Discussion wesentlich vereinfacht. Denn die Diätetik bei der nervösen Dyspepsie ist einfach. Sie erreichen mit irgend einer Form der Ernährung, ganz gleichgültig mit welcher, bei der rein nervösen Dyspepsie Erfolg, sobald es überhaupt gelingt, die Kranken zur Nahrungsaufnahme zu bringen. Das ist nicht immer leicht, und ich muss Dr. Elsner darin zustimmen, dass es manchmal recht viel Geduld erfordert, und dass man gut daran thut, wenn man neben den diätetischen Massnahmen, die oft genug gewechselt werden müssen, auch von den Behandlungsmethoden des Allgemeinzustandes Gebrauch macht. Also, eine specielle Diätform, mit welcher man den Nervösdyspeptischen wieder an Ernährung gewöhnen kann, giebt es nicht. Ich möchte aber, da hier doch von solchen speciellen Dingen die Rede ist, ein Verfahren erwähnen, das wir in der Kussmaul'schen Clinik mit vielem Erfolg anwendeten und das lediglich dem Zweck dient, die Kranken schnell wieder an Nahrungsaufnahme zu gewöhnen. Die Kranken sind, wie Dr. Einhorn richtig ausgeführt hat, meist aus Angst vor Beschwerden, die sich an die Mahlzeit knüpfen, so der Nahrungsaufnahme entwöhnt, dass in der That jede kleine Nahrungsmenge, die sie in den Magen einführen, ihnen Beschwerden verursacht. Es wurde deshalb bei solchen Kranken Morgens eine Magenspülung vorgenommen, einmal um den meist zusammengezogenen Magen durch die Füllung mit Wasser auszuweiten, und zu gleicher Zeit die Secretion und die Peristaltik des Magens anzuregen; wir haben dann gleich im Anschluss an die Auswaschung irgend eine sehr nahrhafte Flüssigkeit durch die Sonde einlaufen las-

sen. Es gelingt auf diese Weise leicht eine grössere Quantität Nahrung in den Magen zu bringen, nachdem er durch die Spülung für die Nahrungsaufnahme gut vorbereitet ist und zwar, was wichtig ist, ohne dass der Kranke die Nahrung schlucken muss. Sobald einmal der Magen gerade am Morgen eine grössere Menge Nahrung aufgenommen hat, wird, da die Verdauungsthätigkeit an sich nicht gestört ist, mehr als bisher thatsächlich resorbirt. Damit wird der allgemeine Zustand des Patienten gehoben, und mit der Kräftigung des Allgemeinzustandes geht die Kräftigung der Magenfunctionen einher, und man kann dann allmählig in der Art und Weise, wie es Dr. Einhorn bei seiner Diätliste vorgeschlagen, die übrigens durch irgend eine andere in ähnlicher Form ersetzt werden kann, den Patienten wieder an selbstständige Nahrungsaufnahme gewöhnen.

Was nun die speciellen Empfehlungen in dem Vortrag von Dr. Einhorn angeht, so möchte ich zunächst seiner Angabe, dass bei diesen Patienten die Butter ein sehr zuträgliches Nahrungsmittel ist, entschieden beistimmen. Es ist in der That auffallend, eine wie grosse Quantität Fett speciell von nervösen Dyspeptikern vertragen wird und wie schnell man ihr Gewicht und ihren Kräftezustand durch reichliche Fettdarreichung heben kann. Dagegen kann ich einem anderen Satz nicht zustimmen, wenigstens nicht in der allgemeinen Fassung, in welcher er von Dr. Einhorn aufgestellt wurde. Das ist der Satz: Bei Hyperchlorhydrie Fleischdiät, bei verminderter Salzsäureabsonderung Amylaceennahrung. Es ist ja in der letzten Zeit vielfach das Bestreben kund geworden, Diätformen auf Grund der Ergebnisse der Mageninhaltsuntersuchungen einzurichten, und man muss es gewiss als ein sehr lobenswerthes Bestreben bezeichnen, die Diätetik dadurch etwas mehr wissenschaftlich zu gestalten. Indessen, bei der noch so lückenhaften Lehre von der Verdauung führt das leicht zu einseitigen Betrachtungen und die in oben genannter Weise theoretisch gewonnenen Vorschläge stimmen oft schlecht zu dem, was man auf rein empirischem Wege gewinnt, indem man sich darnach richtet, was den Patienten unter gewissen Umständen bekommt oder nicht bekommt. Wo man Diätformen in dieser Weise aus empirischen Erfahrungen construirt hat, lauten die Grundsätze vielfach anders; bei dieser Frage der Hyperchlorhydrie z. B. stehen sie dem von Dr. Einhorn mitgetheilten Satze, der fast allgemein in der Litteratur vertreten wird, diametral entgegen. In der Kussmaul'schen Clinik, deren Erfahrungen Sie in den Arbeiten von A. Cahn und Fleiner niedergelegt finden, galt es als Regel bei Fällen von hohem Salzsäureghalt des Mageninhaltes das Fleisch zu meiden und an Stelle desselben eine Diät zu geben, die aus Milch und Milchmehlspeisen besteht. Man erklärte das dahin, dass, wenn das Fleisch auch im Stande sei, grosse Mengen Salzsäure zu binden, es auf der anderen Seite auch grosse Mengen Salzsäure zur Verdauung erfordert und damit den Magen zu weiterer Secretion anregt, während das für so reizlose Nahrungsmittel wie Milch und Milchmehlspeisen nicht gilt. Dazu kommt ferner noch, dass diese Speisen den Magen schneller verlassen als Fleisch und sich dadurch die Secretionsdauer kürzer gestaltet. Das sind also schroffe Gegensätze in der Diätlehre. Es lässt sich vielleicht eine Erklärung für diese

Gegensätze geben, dahingehend, dass die sogenannte Hyperchlorhydrie keine Krankheit ist, sondern lediglich ein Symptom und dass unter dieser Flagge manches segelt, was nicht zusammengehört. Die verschiedenen Zustände, die man unter dem Sammelnamen Hyperchlorhydrie und Hypersecretion zusammenfasst, haben nur das eine Symptom gemeinsam, im Uebrigen aber unterscheiden sie sich recht erheblich von einander, und in einem Theil dieser Fälle ist nicht die secretorische Störung das Hauptsächlichste, sondern, wie ich in einem Vortrag vor zwei Jahren in dieser Gesellschaft des weiteren ausgeführt habe, die motorische Störung. In allen solchen Fällen ist es, wenn man schon eine Regel für Diätformen aufstellen will, das erste Prinzip, die Entleerung des Magens im Auge zu haben und die Diät so einzurichten, die Speisen so auszuwählen, so zuzubereiten und zeitlich so darzureichen, dass der Magen möglichst bald entleert wird. In einem Theil der Fälle mit vermehrtem Salzsäuregehalt des Mageninhaltes liegt die Sache so, dass die Entleerung verzögert ist, für diese Fälle passt aus den angeführten Gründen eine Milch- und Milchmehlspeisendiät viel besser als eine Fleischdiät.

Dr. J. F u h s, Brooklyn: Es ist schwierig, einen Punkt des Vortrags zu finden, der nicht schon besprochen worden wäre. Dr. Einhorn erwähnte das häufige Verabreichen der Peptonide und der Fleischextracte bei Patienten, die an nervöser Dyspepsie leiden. Ich wollte erwähnen, dass der Name Peptonide hier nicht ganz richtig ist, da diese Präparate von zehn bis 20 Procent Alcohol enthalten. Sie sollten also mit einer Vignette versehen sein, welche bezeichnet, dass wir es mit einer stark alcoholischen Flüssigkeit zu thun haben, dass diese eine Anzahl Extractivstoffe des Fleisches und eine variable Quantität Albuminate enthält. Ausserdem enthalten die Peptonide noch Gewürze. Das Ganze bildet ein sehr angenehmes Präparat, das die Patienten gerne nehmen, durch welches sie aber nach und nach die Alcoholgewohnheit sich aneignen können, wie es bei einigen Patienten, die in meine Beobachtung kamen, der Fall war.

Das zweite, von Herrn Dr. Einhorn erwähnte Präparat, ist das Fleischextract. Jeder der damit Erfahrung hat, wird zugeben, dass das sehr nützliche Präparate sind. Wir haben es aber hier mit Kranken zu thun, bei denen die Magennerven sehr gereizt sind. Durch Reizmittel, zu denen man doch die Fleischextracte zählen muss, wird der Zustand dieser Patienten verschlimmert. Auch die im Fleische enthaltenen Extractivstoffe sind es, welche reizend auf die kranken Magennerven wirken. Ist man im Stande die Extractivstoffe zu entfernen, was nicht schwierig ist, so hat man im Fleisch eine Substanz, die man auch bei Hyperacidität geben kann.

Für den an nervöser Dyspepsie Leidenden ist die Milch ein sehr wichtiges Nahrungsmittel. Wir haben es hier wieder mit einer eiweisshaltigen Flüssigkeit zu thun, welche jedoch keine bedeutenden Mengen Extractivstoffe enthält. Die reine Milch ist für nervös Dyspeptische oft ein sehr schwer verdauliches Nahrungsmittel und wird leichter verdaulich und dem Magen nicht so beschwerlich, wenn sie gekocht und mit Cerealien gemischt wird. Schon vor langer Zeit hörte ich Herrn Dr. Jacobi erwähnen, dass es für Kinder wichtig ist,

die Milch abzukochen und mit Cerealien zu mischen. Die motorische Function des Magens, wie Dr. Kaufmann bemerkte, leidet oft bei der nervösen Dyspepsie. Doch wird die Milch schneller aus dem Magen entleert, wenn sie so dargereicht wird. Natürlich muss man dann Butter und Salz zusetzen. Ein Milchpräparat das ich viel benütze und welches sich bewährt hatte, besteht aus gleichen Theilen Milch und Wasser, und so viel Salz und Butter, dass es der Quantität Salz und Butter, welches in der unverdünnten Milch enthalten war, gleichkommt. pulverisirten Cracker oder Zwieback, und ein wenig Zimmt. Dieser Mischung, die gut gekocht wird, wird ein Ei zugefügt und davon ein Pint auf einmal gegeben. In drei Stunden ist fast immer der Magen leer, auch selbst wenn das Ei zugesetzt wird. Die Patienten vertragen sie ungemein gut. Ist der Fall sehr schlimm, so folge ich dem Rath des Herrn Dr. Kaufmann. Der Magen wird Morgens ausgewaschen. Diese Nahrung wird durch den Schlauch in den Magen einlaufen gelassen. In vielen Fällen muss es drei bis vier Mal des Tages wiederholt werden. In dieser Weise habe ich, durch Ernährung mit dem Schlauch, Fälle heilen sehen, die sonst sehr hartnäckig waren. Ich muss aber gestehen, dass ein Fall allen diesen Mitteln trotzte.

Bei Kranken, welche an Hyperchlorhydrie leiden, findet man des Morgens fast immer etwas Speisereste. Wenn man hier die motorische Thätigkeit des Magens verfolgt und sieht, wie lange der Pylorus geschlossen bleibt und die Speisen im Magen zurückgehalten, bis sie plötzlich mit einem Ruck in den Darm befördert werden, so wird man sich nicht sehr wundern. Die motorische Function wird direct gebessert, sobald die Hyperacidität beseitigt ist.

Die allgemeine Behandlung ist von grösster Wichtigkeit und muss mit der suggestiven und diätetischen vereinigt werden. Die günstige Wirkung der Magenausspülung bei nervös Dyspeptischen mag zum Theil auf Suggestionseinflüsse zurückzuführen sein. Jedenfalls ist man durch den erreichten Erfolg zu ihrer Anwendung berechtigt.

Dr. Einhorn (Schlusswort): Ich habe den Titel meines Vortrags absichtlich so angegeben „Die Diät der Dyspeptiker" und nicht der nervösen Dyspeptiker. Ursprünglich hatte ich den Titel gewählt „Diät bei chronisch functionellen Störungen des Magens", indess dieser Titel war zu lang, und ich wählte dann das Wort Dyspeptiker. Wenn ein Arzt das Wort Dyspeptiker benutzt, so kann sich das nicht auf einen Patienten mit Magenkrebs beziehen, auch nicht auf Patienten mit Ulcus des Magens, sondern auf einen, der lange Zeit leidet und klagt. Ich wollte eben gerade für den praktischen Arzt einen allgemeinen Begriff haben, deshalb habe ich das Wort „Dyspeptiker" gewählt. Ich wollte nicht auf Einzelheiten eingehen, sondern wollte vom Standpunkt des praktischen Arztes sprechen und demselben einige Winke geben. Die Patienten, die ich in dem Vortrag angeführt, habe ich ad libitum herausgegriffen. Es handelt sich keineswegs bei allen Fällen um Tiefstand der Leber. Ich habe die eine Patientin keine Binde tragen lassen, weil die Sache keine Rolle in ihrer Krankheit gespielt hat. Sie ist durch reichliche Nahrung besser geworden. Ich habe versucht, die Leber hoch zu heben, aber sie fühlte sich dadurch nicht besser. Allerdings soll man da, wo Enteroptose existirt, in

den meisten Fällen eine Binde tragen lassen. Aber bei der jungen Dame, wo Enteroptose da war, verschwanden die Beschwerden auch so.

Aber ich glaube, dass es viele Leute giebt, die zunächst leichte Verdauungsstörungen haben und die nie über ihre Beschwerden kommen, wenn sie mit strenger Diät behandelt werden und diese strenge Diät lange ausgedehnt wird. Solche Leute verlernen es, Speisen zu vertragen, und ich würde keineswegs etwas darauf geben, wenn mir ein Patient sagt, Butter kann ich nicht vertragen, Ei, davon sterbe ich. Ich sage: essen Sie es einmal.

Was nun die Bemerkung von Dr. Kaufmann betrifft, dass in Fällen von Hyperchlorhydrie nie viel Fleisch gegeben werden soll, so muss ich sagen, dass von Vielen das Fleisch sehr gut vertragen wird. Aber ich gebe nie eine einseitige Kost. Ich variire, ich schliesse aber nie eine ganze Gruppe Nahrungsmittel aus. Bei Achylia gastrica werden meiner Erfahrung nach die vegetabilischen Nahrungssubstanzen besser vertragen und gebe ich da nur wenig Fleisch. Aber ich glaube trotzdem, dass diese Frage nicht so wichtig ist, wie dass man darauf sieht, dass die Leute überhaupt essen. In Bezug auf die Extractivstoffe, die Dr. Fuhs erwähnt, so glaube ich wohl, dass die Bemerkungen ganz richtig sind, auch das was Dr. Elsner gesagt hat. Aber er hat sich auch mehr auf diese nervöse Dyspepsie eingelassen, während ich im Sinn hatte, nur im Allgemeinen auf die Wichtigkeit der genügenden Ernährung einzugehen.

Dr. Jacobi gegenüber will ich bemerken, dass ich den Ausdruck Dyspepsie auch nur als Symptom gebrauche. Aber das Wort Dyspeptiker ist, glaube ich, im Ganzen sehr praktisch, wenn man es allgemein gebrauchen will, und zwar für die Gruppe, wo einfach functionelle nervöse Störungen vorliegen ohne schwere Läsion.

Seine Reiseeindrücke, in wissenschaftlicher sowie auch in gesellschaftlicher Beziehung, unterbreitet Dr. Rose in einem interessanten Vortrage: „Aus Griechenland." (Siehe Originalarbeiten.)

Präs. Dr. W. Freudenthal: Wir müssen dis Discussion über den Vortrag der vorgerückten Zeit halber auf die nächste Sitzung vertagen.

Zu Mitgliedern des Committees zur Abhaltung des Commerses ernenne ich die folgenden Herren: Dr. Florian Krug, Vorsitzender; Drs. Bachmann, Carl Beck, Breitenfeld und Peiser.

Dr. A. Jacobi: Meine Herren. Die American Pediatric Society ladet Sie zur Mitwirkung ein bei der Untersuchung und Berichterstattung über Fälle von Kinderscorbut, der in den letzten Jahren hier so häufig beobachtet worden ist. Um Ihnen zu beweisen, dass es wohl der Mühe werth ist, an dieser Untersuchung mitzuarbeiten, erinnere ich Sie an das, was die American Pediatric Society mit ihrer Sammelforschung über das Antitoxin bei Diphtherie und speciell über Antitoxin in Larynxdiphtherie zu Stande gebracht hat. Die Gesellschaft wünscht kurze Berichte über die einzelnen Fälle, natürlich beansprucht sie kein Eigenthumsrecht an denselben, sondern stellt es jedem einzelnen Besitzer eines Falles frei, denselben anderweit zu verwerthen. Die Fälle werden einfach rubrizirt nach Ursachen, Symptomen, Ver-

lauf, Behandlung und Ausgang. Wir erwarten, dass von den Vereinigten Staaten Hunderte von Fällen berichtet werden. Es sind in den letzten paar Jahren in den Journalen manche veröffentlicht, so viel ich weiss, aber, hat keiner von den Aerzten, die hier anwesend sind, mich eingeschlossen, einen einzigen Fall veröffentlicht. Alle Fälle sollten im allgemeinen Interesse benutzt werden. Das New Yorker Mitglied des Sammler-Committees ist Dr. A. Caillé.

Schluss und Vertagung.

Wissenschaftliche Zusammenkunft deutscher Aerzte.

110 West 34. Strasse.

Sitzung vom 24. September 1897.

Vorsitzender: Dr. A. Schapringer.

VORSTELLUNG VON PATIENTEN.

1) Dr. A. Jacobi stellt ein 5 Tage altes Kind mit sehr ausgedehnter Spina bifida vor. Hinterhaupt stark vorstehend, wie überhaupt der ganze Schädel sehr ausgedehnt, über den weiten Fontanellen ist kein Puls zu fühlen, weil zwischen Arteria basilaris und Finger so viel Flüssigkeit liegt (Hydrocephalus congenitus), dass die Perception der Pulswellen verunmöglicht wird. Die Stirnfontanelle noch nicht geschlossen, ebenso sind die übrigen Fontanellen klaffend. Auf beiden Seiten besteht stark entwickelter Klumpfuss. Da nach der Erklärung des Mannes die Frau während der Schwangerschaft einen sehr voluminösen Abdomen gehabt habe, so ist die Entstehung dieser pedes vari wohl nicht auf Raumbeengung im Uterus zurückzuführen. Die Hüft- und Kniegelenke sind gut entwickelt, hingegen besteht vollkommene Lähmung der unteren Extremitäten. Wir haben es demnach bei der Geschwulst nicht mit einer einfachen Meningocele zu thun, sondern der lumbale Theil des Centralnervensystems ist irgendwie an der Hemmungsbildung betheiligt und wohl partiell degenerirt. Die Geschwulst erstreckt sich mindestens über die Länge von fünf Wirbeln und auf der zarten Bedeckung sehen wir etwas Exsudat aus derselben sickern. Die oberen Extremitäten sind normal.

Die Prognose ist ganz schlecht. Von einem Schliessen des Defectes kann keine Rede sein. Nach operativem Eingriff in ähnlichen Fällen mit Eröffnung des Rückenmarkscanals sah der Vortragende schon Meningitis mit lethalem Ausgang folgen.

Discussion: Anschliessend an den in der letzten Sitzung berichteten mit Morton'scher Lösung behandelten Fall von Spina bifida möchte Dr. Willy Meyer fragen, in wie vielen Fällen Dr. Jacobi diese guten Resultate erhalten habe. — Dr. Jacobi sah vier gut werden, allein diese Fälle haben mit dem heute Abend vorgestellten nichts zu thun. Hier haben wir es mit einer Spina bifida plus Betheiligung der Nervensubstanz plus Hydrocephalus zu thun, dort handelte es sich um reine Fälle von Meningocele. Die complicirten Fälle sind unzugänglich für irgend welche Therapie. Dr. H. J. Wolf hatte den vorliegen-

den Gegenstand zum Thema seiner Dissertation gewählt. Nach seiner Ansicht sind die Heilungschancen auch in solchen gemischten Formen nicht absolut schlecht, er selbst hatte einen Fall beobachtet, bei dem die unteren Extremitäten gelähmt, also das Rückenmark in Mitleidenschaft gezogen war, später fand man an der Stelle der früher hühnereigrossen Geschwulst eine flache Stelle. Die Litteratur weist eine Anzahl von Fällen mit Ausgang in Heilung auf. Uebrigens sind nach seiner Erfahrung am meisten die Menigocelen der oberen Partien des Rückenmarks mit Betheiligung des centralen Nervensystems complicirt. — Dr. Franz Torek frägt an, ob sich nicht in einigen der geheilten Fälle Hydrocephalus eingestellt habe. Er hat eine Meningo-Encephalocele des Hinterhauptes operirt, aber nach einem scheinbar befriedigenden Resultat trat später Hydrocephalus auf, an welchem das Kind zu Grunde ging.

Dr. A. Jacobi: Meine Fälle entsprechen nicht dem von Dr. Torek angegebenen. Dort handelte es sich zum voraus um eine exsudative Meningitis, die nach der Operation einfach weiter fortschritt. Er kann sich eine Heilung nur von einem langsamen Wege versprechen, nach einem operativen Eingriff fährt die Secretion fort zu bestehen. Darum wird auch die Anwendung der Morton'schen Lösung durch Monate hindurch (alle 5—6 Tage) stattzufinden haben. Was die relative grössere Häufigkeit von Markbetheiligung bei Meningocele des Halsmarks anbetrifft, so stimmt das nicht mit Dr. Jacobi's persönlicher Erfahrung. — Dr. Willy Meyer ist der Ansicht, dass der durch die Operation auftretende Hydrocephalus nicht etwas neu hinzugekommenes sei, sondern höchstens eine Steigerung eines schon vorher bestandenen Processes bedeute.

2) und 3) Des ferneren stellt Dr. A. Jacobi zwei Parallelfälle vor, zwei Mädchen von 7, resp. 14 Jahren, welche beide mit Thyreoidin und zwar mit Erfolg behandelt wurden. Die Familiengeschichte des ersten Mädchens ist negativ, mit Ausnahme, dass sein Vater ein Potator gewesen sein soll. Mit 4 Jahren soll es Molluscum contagiosum, mit 5 Jahren Masern durchgemacht haben. Bis zum Alter von 6 Jahren war das Kind körperlich gut entwickelt, und geistig stand es wenigstens nicht unter dem Mittel. Zuerst wurde eine Geschwulst am Hals bemerkt. Es traten Kopfschmerzen, Herzpalpitationen, Dyspnoe bei Anstrengungen auf. Bei der Untersuchung zeigte sich die Thyreoidea bedeutend geschwollen. Am 23. Juni konnte man bereits eine Besserung constatiren, indem der Puls auf 100 heruntergegangen war. Der rechte Strumalappen war noch grösser als der Linke, nachher ging auch dieser zurück und heute sind alle Krankheitssymptome verschwunden.

Das zweite Mädchen kam im Mai in die Poliklinik. Seine Mutter hatte zwei Frühgeburten von 8 und 9 Monaten, die später geborenen Kinder waren normal. Lues nicht zu eruiren. Mit 9 Jahren wurde das Mädchen menstruirt, hatte von da an regelmässig seine Menses, bis zum 11. Jahr, wo dieselben auf einmal wieder aussetzten und seitdem nicht mehr erschienen. Bei der ersten Untersuchung im Frühling hatte Pat. etwas Vaginalcatarrh, der jetzt aber verschwunden ist. Nach der Beschreibung der Mutter litt das Kind an Kopfschmerzen,

Obstipation, war sehr nervös, Gesicht und Extremitäten waren oft der Sitz von conischen Zuckungen, die spontan und bei intendirten Bewegungen auftraten. Früher mässig begabt, wurde das Kind stumpfsinnig und apathisch. Oft steigerten sich die nervösen Symptome zu wilden maniacalischen Anfällen mit Zerstörungswuth. Die objective Untersuchung ergab im Mai sehr schnelle Herzaction, aufgetriebenes Gesicht, allgemeine Anämie, leichtes Oedem der Glieder, Thyreoidea etwas vergrössert, convergirenden Strabismus mit geringem Grad von beidseitigem Exophthalmus und Oezena. Die Haut fühlte sich sehr trocken an und nach der Erzählung der Mutter wird auch bei sehr warmem Wetter fast kein Schweiss abgesondert. Die Diagnose wurde auf Myxödem, eventuell mit latenter congenitaler Syphilis gestellt. Das Kind wurde nun mit Thyreoidea behandelt, täglich 3—10 Gran mit gesteigerten Dosen. Schon im Juni zeigte sich eine bedeutende Besserung: die nervösen Zuckungen blieben aus und heute hat das Gewicht 10 Pfund zugenommen, der Exophthalmus ist verschwunden, ebenso die Struma, und auch das Denkvermögen hat Fortschritte gemacht, indem das Mädchen wieder anfängt, sich an frühere Ereignisse zu erinnern. Es frägt sich nun allerdings, ob wir es hier mit einem reinen Fall zu thun haben, oder ob nicht die choreatischen Bewegungen einem besonderen, sei es peripheren oder centralen Nervenleiden zuzuschreiben sind. Auf die Möglichkeit des Bestehens von Syphilis wurde kein Bedacht genommen, die Behandlung bestand nur in der Verschreibung von Thyreoidin.

Discussion: Dr. J. W. Gleitsmann hält bei der Thyreoidinfrage die Bezugsquelle für sehr wichtig und bittet in dieser Richtung die Anwesenden um Mittheilung ihrer Erfahrungen. Dr. Willy Meyer ist jetzt sehr gut mit den Tabletten von Welcome & Burrough in London zufrieden, nachdem vorher mehrere Patienten das Präparat von Park & Davis nicht ertragen hatten. Auf jeden Fall sei es wesentlich, wenn diese Art der Behandlung nicht von Erfolg begleitet sei, es mit einer anderen Bezugsquelle zu versuchen, bevor man die Behandlungsweise ganz aufgebe.

Dr. Grüning frägt an, ob jemand einen Erfolg der Thyreoidinbehandlung bei Basedow gesehen habe. Dr. Jacobi: ihm sei nichts darüber bekannt, hingegen höre man immer wieder günstige Berichte über operative Behandlung dieser Affection. Dr. George Jacoby ist ganz der Ansicht von Dr. Willy Meyer, dass man zuweilen in den Fall komme, verschiedene Präparate von Thyreoidin anzuwenden, bis man den gewünschten Erfolg erreiche; er ist jetzt mit dem Präparat von Park & Davis sehr gut zufrieden, was früher nicht immer der Fall war. In Bezug auf den Morbus Basedow erwartet er nichts vom Thyreoidin, alle Symptome werden im Gegentheil durch dessen Gebrauch noch gesteigert. Er sah Fälle bessern bei Behandlung mit Thymus (in Form von Sandwiches), doch muss man sich beim Lieferanten überzeugen, ob man auch das richtige kriege.

Vorsitzender Dr. Schapringer: Dr. Jacobi hat uns heute einen Fall vorgestellt, der gut wurde unter Thyreoidinbehandlung. Dr. A. Jacobi: Basedow ist bei Kindern sehr selten, und in unserem Fall haben wir es möglicherweise nicht mit einem einheitlichen Krank-

heitsbild zu thun. Dr. Willy Meyer findet, bei Basedow habe der Organismus gerade zu viel Thyreoideasubstanz, es sei also unlogisch, hier noch Thyreoidin anwenden zu wollen. Ein New Yorker College sah an sich selbst nach Thyreoidingebrauch einen künstlichen Basedow entstehen, und ein fernerer Beweis dafür liegt in dem therapeutischen Erfolg nach partieller operativer Entfernung der Glandula thyreoidea.

4) Dr. Willy Meyer zeigt einen Fall von Rindenepilepsie, den er schon früher an dieser Stelle vorgestellt hatte.*) Derselbe war schon 3 Mal operirt worden und nur ungern auf das Drängen des Patienten hin liess man sich im October 1896 zu einer vierten Operation bewegen, welche insofern von Erfolg begleitet war, als die Anfälle viel seltener, weniger intensiv wurden und ihnen zudem regelmässig eine warnende Aura voranging. Patient konnte sogar eine Stelle als Aufseher übernehmen. Seit October hatte er circa alle vier Wochen einen Anfall, den letzten Ende Juli. Schon 1894 hatte er an einer motorischen Aphasie gelitten, welche später zurückging. Nun trat Ende letzten Juli, ohne dass ein epileptischer Anfall aufgetreten wäre, wieder eine ausgesprochene motorische Aphasie auf, und zudem leidet der Patient seit dieser Zeit an furchtbaren Kopfschmerzen, welche aller Wahrscheinlichkeit nach durch Zerrung von Seiten der Dura mater-Periostnarbe ausgelöst werden.

Discussion: Dr. A. Schapringer frägt, wie der Patient die lädirte Stelle geschützt halte. Dr. Willy Meyer: Früher trug er eine Platte, doch da dieselbe bei der Grösse des Defectes sehr gross und schwer construirt werden musste, so legte er sie ab und begnügt sich jetzt damit, sich vorsichtig keiner Gefahr auszusetzen, die gefährliche Stelle mit irgend einem Gegenstand in Berührung zu bringen.

5) Dr. Willy Meyer stellt ferner eine Patientin vor, welche vor Jahresfrist zu ihm kam mit einem kindskopfgrossen Prolaps des Rectums, der seit 14 Jahren bestand und an verschiedenen Stellen excoriirt war. Die dadurch bedingten Beschwerden waren so gross, dass eine radicale Operation in Erwägung gezogen werden musste. Die Frage, welche Art des Operirens man zu wählen hat, ist in solchen Fällen eine sehr schwierige. Einige Chirurgen haben die Mastdarmresection vorgeschlagen. Der Vortragende entschied sich für die vor fünf Jahren von Dr. Roberts in Philadelphia angegebene Operationsweise. Diese besteht darin, dass man unterhalb des Steissbeins einsticht, die Haut subcutan bis an den After löst, und ein dreieckiges Stück an dieser Stelle herauspräparirt. Auf diese Weise wird ein trichterförmiges Lumen geschaffen, und der Mastdarm hat keine Möglichkeit, durch die Oeffnung herauszutreten. Das Schwierigste an der Operation ist die Berechnung, wie viel man von dem Schliessmuskel mit dem Messer entfernen soll. Bei der Ausführung der Operation im vorliegenden Falle fand man eine unangenehme Complication vor in Gestalt einer Hernie, welche sich zwischen Steissbein resp. Kreuzbein und Mastdarm herunterdrängte. Indessen gelang es sie zu reponiren. Die Heilung war eine gute. Keine Spur von Incontinenz folgte und Recidiv blieb aus.

*) Vgl. No. 6 der Monatsschrift, p. 344.

Vor 14 Tagen nun litt Patientin an einer Bronchitis und nach einem heftigen Hustenanfall hatte sie das Gefühl, als ob sich hinten über dem Anus ein Gummiball vordränge und bei der Untersuchung fand man, dass die alte Hernie wieder heruntergetreten war.

Erwähnen möchte der Vortragende auch, dass die Patientin, welche früher 238 Pfund gewogen hatte, unter Thyreoidinbehandlung auf 198 Pfund herunterging. Sie hatte bis 6 Tabletten täglich erhalten, allerdings musste einmal das Präparat wegen Herzerscheinungen ausgesetzt werden.

Dr. J. W. Gleitsmann demonstrirt eine Anzahl künstlerisch ausgeführter Gypsmodelle, welche in ausgezeichneter Weise die topographischen Verhältnisse des Nasenrachenraums und des Larynx zur Darstellung bringen. Die Modelle sind von Dr. Otto Betz in Heilbronn ausgeführt und durch die Buchhandlung Julius Determann ebendaselbst zu beziehen.

Dr. Rose liest eine Arbeit über griechische Anthropologie. (Veröffentlicht im New York Medical Journal, 25. Sept. 1897.)

Discussion. Dr. A. Jacobi: Was Dr. Rose gesagt hat über die aufgefundenen dolichocephalischen Schädel, stimmt ganz mit den neueren geschichtlichen Anschauungen. Die Pelasger sind in der vormykenischen Zeit aus dem Norden in Thrakien eingewandert. Bei Homer wird von gelblockigen, blauäugigen Streitern gesprochen, das waren Germanen. Die Pelasger haben den Bernstein mit sich gebracht und da dieser nur an der Ostsee vorkommt, so sieht Dr. Jacobi darin einen neuen Beweis für die Einwanderung aus dem Norden. Er möchte bei dieser Gelegenheit auf ein interessantes, erst kürzlich erschienenes Buch von Prof. Flügge in Breslau aufmerksam machen, in welchem dieser Gelehrte in geistreicher Weise seine Beobachtungn während einer Reise durch Griechenland mittheilt.

Alfred Michel, Secr.

Wissenschaftliche Zusammenkunft der Aerzte der Deutschen Poliklinik.

78 Siebente Strasse.

Sitzung vom 29. October 1897.

Vorsitzender: Dr. Carl Beck.

1. Dr. W. Freudenthal stellt einen Fall von Psellismus dentalis (Stottern) vor. Patient ist ein 13-jähriger Knabe, welcher mit Ausnahme von Masern früher immer gesund war. Es sind keine Zeichen von hereditärer oder acquirirter Lues vorhanden. Das Naseninnere ist völlig normal. Jedoch besteht eine theilweise Parese des weichen Gaumens, und an der hinteren Fläche desselben ein langgestreckter Narbenstrang. Der Knabe stammelt in eigenthümlicher Weise. Besonders auffällig ist dies bei den sogenannten Zahnlauten s, x, d, t, z, welche mit einem hauchenden Geräusch beendet werden. Unter Narkose wurde die Dehnung des Narbenstranges vorgenommen. Die weitere

Behandlung bestand in Massage und Electricität. Das Resultat war ein äusserst günstiges. Drei früher beobachtete Fälle überwies Dr. Freudenthal der Nervenabtheilung der Poliklinik. Erst bei diesem Patienten kam ihm die Idee eines operativen Eingriffes. Derselbe ist noch nirgends beschrieben, und Dr. Freudenthal wird ihn bei der nächsten sich bietenden Gelegenheit wieder versuchen.

2. Dr. W. Hirsch: a) 35-jähriger Mann, der vor etwa 15 Jahren Lues hatte. Seit einigen Jahren klagt Patient über Kopfschmerzen, die anfänglich in der Stirngegend, später in der rechten Schläfen- und Occipitalgegend localisirt werden. Vor einem halben Jahre trat plötzlich eine rechtsseitige Ptosis ein. Vor 3 Monaten bekam er nach schwerer Arbeit auf einem Dache bei intensiver Hitze einen Anfall von Bewusstlosigkeit. Vor etwa 3 Wochen stellte sich plötzlich ohne Bewusstseinstörung eine linksseitige Lähmung ein. Auf dieser Körperhälfte bestehen seit der Zeit Schmerzen und Parästhesien. Der Status präsens ergibt eine complete rechtsseitige Oculomotorius-Lähmung. Die Pupille reagirt weder auf Licht noch Accomodation, und der Bulbus wird nur nach aussen und oben bewegt. Der Augenhintergrund ist normal. Vollkommene Taubheit besteht rechts. Linkerseits findet sich eine leichte Parese der oberen und unteren Extremität, sowie der entsprechenden Gesichtshälfte. Die Zunge wird gerade herausgestreckt. Sensibilitätsstörungen, ausser den erwähnten Schmerzen und Parästhesien, sind nicht nachweisbar. Patellarreflexe sind beide lebhaft, der linke ist etwas stärker als der rechte. Fussclonus besteht nicht. Die Untersuchung der übrigen Reflexe, sowie der inneren Organe, ergibt vollkommen normale Verhältnisse. Es handelt sich um eine syphilitische basale Meningitis. Die Diagnose: Hirnschenkeltumor ist sowohl auf Grund des klinischen Verlaufes, als auch hinsichtlich der fehlenden Stauungspupille und des Freibleibens der unterhalb des Oculomotorius austretenden Hirnnerven (besonders Hypoglossus) auszuschliessen.

b) 12-jähriges Mädchen, hereditär nicht belastet, hat sich bis zum 3ten Lebensjahre körperlich und geistig gut entwickelt. Dann bekam sie plötzlich Fieber und allgemeine Convulsionen. Unmittelbar darauf zeigte sich an den oberen und unteren Extremitäten eine Lähmung, welche bereits nach wenigen Wochen von musculären Spasmen begleitet wurde. Von der Zeit an wurde das Kind idiotisch, und die bereits gut entwickelte Sprache erlitt hochgradige Störungen. Die Untersuchung der Kranken ergiebt ausgedehnte Atrophien der oberen und unteren Extremitäten, sowie der Thorax-Musculatur. Die musculären Spasmen scheinen die Lähmung zu überwiegen. Obere und untere Extremitäten sind gleich schwer betroffen, die linke Seite mehr als die rechte. Von Seiten der Hirnnerven ist nichts Abnormes zu constatiren, ebenso ist der Augenhintergrund normal. Die Sehnenreflexe sind sämmtlich hochgradig gesteigert und spastisch. Die Sprache ist sehr unvollkommen, undeutlich und gedehnt; die geistige Entwickelung eine minimale. Das gegenwärtige Krankheitsbild entspricht ziemlich in allen Stücken der sogenannten „allgemeinen Starre" (Little'sche Krankheit), unterscheidet sich jedoch von dieser durch ihre Entstehungsweise. Während die Little'sche Krankheit auf

intrauterine oder bei der Geburt empfangene Schädigung zurückgeführt wird, und wir es dort mit einer congenitalen Affection zu thun haben, handelt es sich hier um eine später entstandene Krankheit, welche wir der spastischen cerebralen Diplegie, respective der sogenannten „doppelseitigen spastischen Hemiplegie" einzureihen haben. Es beweist dieser Fall wiederum, wie schwierig es ist, aus dem einfachen Symptomencomplex die verschiedenen aufgestellten Formen cerebraler Kinderlähmungen auseinander zu halten.

3. Dr. F. J. Leviseur: 50-jährige Frau mit syphilitischer Sattelnase und Perforation des harten Gaumens, wurde zum ersten Male vor einem Jahre gesehen. Sie hatte damals ausser den vorher genannten Affectionen, die älteren Datums sind, tiefe, sehr ausgedehnte gummöse Ulcerationen des ganzen linken Ober- und Unter-Armes. Die Verwüstungen waren so gross, dass die Amputation des Armes von verschiedenen Aerzten bereits in Aussicht genommen war. Unter continuirlicher Darreichung mittelgrosser Dosen von Jodkali besserte sich der Zustand rasch. Sämmtliche Geschwüre verheilten, es blieben jedoch zahlreiche keloidartige Narben zurück, die von der ursprünglichen Ausdehnung des Processes eine Idee geben. Vor zwei Wochen stellte sich, während der Behandlung ein Recidiv an der Handwurzel ein, welches jetzt wieder im Abheilen begriffen ist. Anamnestisch ist leider nicht festzustellen, ob und wie die Patientin in der Frühperiode ihrer Lues behandelt wurde. Dr. Leviseur macht auf die Wichtigkeit einer frühzeitigen und gründlichen Behandlung der Syphilis aufmerksam. Es scheint, obgleich positive statistische Beweise noch nicht vorliegen, doch, dass der wesentliche ätiologische Factor für das Auftreten tertiärer Erscheinungen der Mangel einer guten Quecksilberbehandlung in der Frühperiode ist.

Dr. Carl Dauber: Eine möglichst energische Quecksilberbehandlung des Anfangstadiums der Syphilis ist indicirt. Schwierigkeiten bereiten nur diejenigen Fälle, die von Anfang an mit Kachexie einhergehen, oder diejenigen, welche eine ausgesprochene Quecksilber-Idiosyncrasie darbieten.

DEMONSTRATION VON PRAEPARATEN.

1) Dr. W. Hirsch demonstrirt den Durchschnitt eines Auges. Das Präparat stammt von einem Kind, das einer seltenen Krankheit erlag, die zuerst von Tay, Magnus, Goldzieher, Hirschberg, Kingdon, und in Amerika von Sachs, Knapp, Carter, Koller und Koplik beschrieben wurde. Gewöhnlich werden mehrere Kinder derselben Familie befallen. Die Symptome sind Paresis, Paralysis, Idiotie und progressive Erblindung. In den Augen findet man eine eigenthümliche Veränderung der Macula lutea. Dieselbe ist in einen weisslichen Fleck umgewandelt, in dessen Mitte ein kirschrother Punkt sichtbar ist. Das Präparat zeigt diesen Zustand deutlich. Ueber das Ergebniss der microscopischen Untersuchung wird Dr. Hirsch später berichten.

2) Dr. Carl Beck: Röntgenbilder.

1. Typische Radiusfractur bei einem 20-jährigen Mann drei Stunden nach erfolgter Verletzung. Die kleinen Knochensplitter, welche zum Theil tief in die Weichtheile hineinragen, sind deutlich zu sehen. Ebenso fällt die Infraction der Ulna auf. Der

Vortragende machte schon im letzten Jahr auf dieses häufige Vorkommen der Infraction der Ulna bei der typischen (Colles'schen) Radiusfractur aufmerksam, welche in der vor-Röntgen'schen Zeit nicht diagnosticirt werden konnte, nun aber die häufige Deviation des unteren Radiusstückes erklärt. — 2. Typische Radiusfractur beider Handgelenke bei einem 17-jährigen Mann, 5 Tage nach der Verletzung genommen. Rechts bedeutende Seitwärtsverlagerung des Radiusfragmentes, Bruch der Ulna, links keine Dislocation des Radiusfragmentes, aber ebenfalls Bruch des unteren Ulnarstückes. Die Ulnarfracturen konnten nicht diagnosticirt werden. Patient war fünf Tage nach der Verletzung in einer Aerzteversammlung vorgestellt worden; etwa 100 Collegen hatten den Fall untersucht und keiner war im Stande, die Ulnarfracturen auf gewöhnlichem Wege zu diagnosticiren. Patient that schon am fünften Tage nach der Verletzung leichte Arbeit, hob Dinge vom Boden auf etc. im Beisein der Collegen. — 3. Radiusfractur bei einer 40-jährigen Frau, 5 Wochen nach der Verletzung. Deformität. Starke Callusbildung. Hier war erst eine Woche nach der Verletzung immobilisirt worden. — 4. Dieselbe Fractur bei einer 52-jährigen Frau, ebenfalls 5 Wochen nach der Verletzung. Deformität, bedeutende Verschiebung des unteren Radiusfragmentes lateralwärts. Keine Callusbildung. Die Deformität ist also in diesem Fall nicht durch Callusbildung, sondern durch mangelhafte Reduction verursacht worden, mit anderen Worten, während Bild No. 3 den behandelnden Arzt entlastet, würde No. 4 ihn belasten. No. 5 stellt dieselbe Fractur bei einem 18-jährigen Mädchen vor, und zwar 6 Wochen nach der Verletzung. Hier ist ebenfalls die Seitwärtsstellung deutlich, also dieselbe mangelhafte Reduction ersichtlich. Es diene dieser unwegläugbare Befund allen den Collegen zur Warnung, welche eine Reduction des dislocirten Radiusfragmentes nicht für nöthig halten und demgemäss für sehr frühe Bewegung plaidiren. — No. 6. zeigt enorme Callusbildung am unteren Radiusfragment bei einer 68-jährigen Frau, welche vor 8 Wochen ihre Verletzung erlitt. Das Herausstehen in der Gegend des fracturirten Radiusstückes liess hier bei rein palpatorischer Untersuchung auf eine ursprünglich ungenügende Reduction schliessen; das Bild aber zeigt deutlich, dass der Grund der Deformität einzig und allein in excessiver Callusbildung zu suchen ist. — No. 7 zeigt die Fractur im unteren Radiusdrittel bei einem jungen Mann, welcher vor 2 Tagen diese Verletzung erlitt. Besonders interessant an diesem Fall ist, dass vor 4 Monaten derselbe Patient denselben Radius an der typischen Stelle brach. Es findet sich eine leichte Dislocation des unteren Radiusfragmentes nach aussen, ausserdem aber ist auch ziemlich üppige Callusbildung vorhanden. — No. 8 zeigt eine Fractur im unteren Drittel der Ulna bei einer 36-jährigen Frau, welche die Verletzung vor 10 Tagen erlitt. Leichte Splitterbildung ist deutlich bemerkbar. Trotzdem war kaum irgend welche Reaction vorhanden gewesen. — Fig. 9. Fractur des unteren Drittels beider Vorderarmknochen bei einem 10-jährigen Jungen, tadellose Heilung der vor 4 Wochen stattgefundenen Verletzung. — Fig. 10 zeigt eine Fractur des Olecranon bei einem 8-jährigen Jungen, welcher sich die Verletzung vor 3

Wochen zuzog. Der Character der Verletzung war von mehreren sehr tüchtigen Aerzten nicht eruirt worden. — Fig. 11. Dislocation des Olecranon nach hinten bei einer 36-jährigen Frau, welche die Verletzung vor 4 Wochen bei einem Sturz vom Zweirad erlitt. Der wahre Zustand war, höchst wahrscheinlich in Folge der bedeutenden Schwellung, die sich alsbald eingestellt hatte, nicht erkannt und so als Contusion betrachtet worden. Obgleich schon vier Wochen verstrichen waren, gelang dem Vortragenden die Einrichtung glücklicherweise noch in der Narkose. Die photographische Platte wurde bei der Operation benützt und ist es zweifellos dieser ausgezeichneten Information zu verdanken, dass nach so langer Zeit noch die Einrichtung gelang. — Fig. 12 stellt dieselbe Verletzung bei einem 55-jährigen Mann dar, welcher dieselbe vor 2 Jahren erlitt. In diesem Fall war die Diagnose Bruch eines Condylus gewesen. Die Functionsstörung war in diesem Falle sehr gross und war deshalb dem Patienten gerathen worden, eine blutige Reduction vornehmen zu lassen. — Fig. 13 zeigt eine vor 5 Wochen erfolgte Fractur des Humerus in der Mitte bei einem 6-jährigen Jungen. Die Functionstüchtigkeit des Armes ist nicht beeinträchtigt, trotzdem die Fragmente nicht gerade an einander geheilt sind.

DISCUSSION UEBER „DIE BEHANDLUNG DER PUERPERALEN SEPSIS."

Dr. C. A. von Ramdohr leitet dieselbe ein mit der Bemerkung, dass wir heutzutage die puerperale Sepsis auch unter den ungünstigsten hygienischen Verhältnissen zu verhüten im Stande sind. Prophylactisch-wichtig ist vor allen Dingen gründliche Reinigung und Desinficirung der äusseren Geschlechtstheile der Gebärenden. Dann vorsichtige Desinficirung der Hände des Arztes. Lubricantien sind möglichst zu vermeiden. Schliesslich soll so selten als möglich touchirt und Operationen blos auf strikteste Indication hin gemacht werden. Fünfzehnhundert poliklinische Fälle von fünfzig verschiedenen, specialistisch unerfahrenen Aerzten auf diese Grundlage hin entbunden, gaben das günstige Resultat von nur 2 Todesfällen, von denen nur einer sicher auf Sepsis zurückzuführen war.

Hat Infection einmal stattgefunden, so unterscheide man zwischen Saprämie und Septicämie. Bei Saprämie findet man übelriechende Lochien, offenen Uterus mit oder ohne Eihautreste. Hier ist die Infection eine Folge von Saprophyten und Ptomäinen. Es ist immer ein Herd vorhanden, und derselbe muss entfernt werden. Dies geschieht durch eine einzige gründliche Curettage. Hierauf folgt eine ausgiebige Auswaschung. Dann überlasse man den Fall sich selbst. Gegen Drainage mit Gaze ist nichts einzuwenden, wenn der Uterus nicht gestopft, sondern nur leicht angefüllt wird. Man benutze keinesfalls Sublimat-Gaze. Sollte der Uterus selbst die Drainage irgend welcher in demselben oder der Umgebung liegenden Eiterherde unmöglich machen, dann ist eine Extirpation des Uterus gerechtfertigt.

Ist eine Septicämie vorhanden, also eine Streptococcen-Invasion, und alle Zeichen eines localen Herdes abwesend, dann hat auch locales Eingreifen keinen Sinn. Diese Diagnose muss unter Umständen per exclusionen oder durch bacteriologische Untersuchung sicher gestellt

werden. Hier empfiehlt Dr. von Ramdohr die Hydrotherapie und innerlich Alcohol in sehr grossen Dosen, z. B. ein bis zwei Flaschen Cognac in 24 Stunden. Die Theerpräparate und Chinin leisten nicht viel, sondern mögen Herzschwäche herbeiführen. Lässt Alles im Stich, so kann man die Serumtherapie, welche bis jetzt ziemlich ungünstige Resultate ergeben hat, versuchen, und hat auch unter diesen Umständen die Anwendung jedes anderen Verfahrens ihre Berechtigung.

In Betreff der Kochsalzinfusion soll bemerkt werden, dass dieselbe auch subcutan gemacht werden kann.

Dr. H. J. Garrigues: Die antiseptische Geburtshülfe wurde von Dr. Garrigues am 1. October, 1883, in Amerika eingeführt. Vor dieser Zeit wurde eine Mortalität der Gebärenden in dem New Yorker Maternity Hospital von 4 Procent als normal angesehen. In dem letzten Jahre stieg sie zu 8 Procent, und in dem letzten Monat auf 20 Procent, indem von fünfzig aufgenommenen Schwangeren zehn starben. Nach Einführung der Desinfection starb in den folgenden vier Monaten nicht eine Patientin. Dieses machte einen solchen Eindruck, dass die Behandlung von Lusk im Emergency Hospital, und von Richardson im Boston Lying-in Hospital aufgenommen wurde, und bald folgten die Geburtsanstalten in allen Staaten.

Das Verdienst dieser Behandlung gehört Tarnier, der sie im Jahre 1881 dem Internationalen Congress in London vorlegte. Sie wurde indessen wenig beachtet. So ging es auch dem Geburtshelfer Semmelweis, der schon im Jahre 1846 eine Art von antiseptischer Geburtshülfe eingeführt hatte, aber von Allen angegriffen und verlacht wurde.

Die einzige Veränderung, die Dr. Garrigues im Laufe der Jahre gemacht hat, ist, von dem Gebrauch des Sublimats für intrauterine und vaginale Douchen abzustehen und statt dessen Creolin oder Lysol zu gebrauchen. In einem im "Journal of the Medical Sciences," August, 1888, publicirten Artikel über Sublimat, konnte er 23 Todesfälle in geburtshülflicher Praxis, die dem Sublimat zuzuschreiben waren, zusammenstellen.

Zur Prophylaxe gehört auch die sorgfältige Entfernung der Nachgeburt. Falls Verdacht vorliegt, dass ein Theil der Placenta oder grössere Eihautreste zurückgeblieben sind, geht man lieber mit der ganzen Hand ein, was sogar oft noch zwei Tage nach der Geburt sich machen lässt. Später braucht man die grosse stumpfe Curette von Thomas, mitunter in Verbindung mit Simon's scharfem Löffel oder Sim's scharfer Curette. Diese Instrumente werden nur gebraucht, um Reste der Nachgeburt, nie um ein inficirtes Endomotrium zu entfernen. Von wiederholten intrauterinen Injectionen musste oft abgestanden werden, weil sie jedesmal Fieber hervorriefen.

Wunden in der Vulva, der Vagina und dem Cervicalcanal, die diphtheritischen Belag zeigen, können mit Chlorzink, in gleichen Theilen Wasser aufgelöst, cauterisirt werden. Unter den inneren Mitteln ist Alcohol wohl das beste, aber nicht in so grossen Dosen — eine Flasche Cognac oder Whisky in 24 Stunden ist wohl das Maximum, auch sind die destillirten Getränke dem Weine vorzuziehen.

Antipyretische Mittel schwächen nur und verbergen den wahren Zustand. Fünfgränige Dosen von Chinin, alle vier Stunden gegeben, sind indessen nützlich wegen ihrer antiphlogistischen Wirkung. Mitunter kann man auch statt des Chinins Salophen in derselben Gabe anwenden. Digitalis und Strychnin sind öfters werthvoll und das Gleiche gilt von Subcutanen Injectionen normaler Kochsalzlösung. Neuerdings ist Nuclein sowohl hier als in Europa empfohlen worden. Streptococcus-Antitoxin scheint meistens ohne Erfolg gewesen zu sein.

Dr. H. Boldt spricht sich gegen die Einführung von Gaze in den Uterus nach vorausgegangener Curettage und Auswaschung aus. Erstens drainirt Gaze nicht und ausserdem wird die Involution des Uterus unter den obwaltenden Umständen durch Ausstopfung mit Gaze verzögert. Man soll die Diagnose: Zurücklassung von Placenta oder Eihaut-Resten durch manuelle Untersuchung stellen. Sollte eine Curettage nothwendig sein, so soll sie gründlich und zwar mit dem scharfen Löffel gemacht werden. Die Benutzung des stumpfen Löffels ist weniger zu empfehlen.

Dr. Hiram N. Vineberg stimmt im Grossen und Ganzen mit Dr. von Ramdohr überein. Doch möchte er hervorheben, dass die Selbstinfection gelegentlich wohl vorkommt (wie dies von Leopold und Anderen bewiesen ist), vom practischen Standpunkt aber weniger Bedeutung hat, als die Infection von aussen. Vor Allem ist da eine Art der Infection besonders häufig, obzwar wenig gewürdigt, die dadurch entsteht, dass der durchtretende Kopf öfters kleine perineale Einrisse verursacht, und zu gleicher Zeit Fäcalmassen aus dem Rectum presst. Das mit den oberflächlichen Wunden in Berührung kommende infectiöse Material, oft sehr gering in Quantität, wird leicht übersehen und an Ort und Stelle belassen, namentlich wenn die Patientin auf der linken Seite liegend entbunden wird. Die Abwesenheit übelriechender Lochien und eines offenen Cervix sind, seiner Ansicht nach, keine sicheren Zeichen, dass sich kein septischer Herd im Uterus befindet. Eine Wöchnerin befindet sich z. B. während 8 oder 10 Tagen ganz wohl. Dann tritt aber ein Schüttelfrost mit Fieber auf, und das einzige Symptom, das man auf den Uterus selbst beziehen kann, ist, dass derselbe etwas grösser ist als er sein sollte. Dr. Vineberg theilt einen solchen Fall ausführlich mit. Curettage mit folgender intrauteriner Injection hatte hier nur temporäre Besserung zur Folge; der Uterus und seine Anhängsel mussten schliesslich operativ entfernt werden. Bei der Eröffnung des Uterus fand sich die Intima mit einem dunkelbraunen, zähen übelriechenden Schleim bedeckt, und an der vorderen Wand im linken Horn ein Stück organisirtes Placentargewebe, welches so fest anhaftet, dass man es mit dem Finger nicht abschälen kann. (Das Präparat wird demonstrirt.) Wenn die Diagnose eines Infectionsherdes im Uterus einmal gemacht ist, sollte dieses Organ dilatirt und vorsichtig ausgekratzt werden. Geht die Temperatur und der Puls nicht ganz auf die Norm herunter oder bleibt nicht normal, dann sind häufige intra-uterine Auswaschungen am Platze. Dr. Vineberg hat eine ganze Reihe solcher Fälle auf diese Weise mit bestem Erfolg behandelt.

Dr. A. Shulman: In acuter und rasch verlaufender Sepsis hat

die Hysterectomie keinen Erfolg, dagegen wirkt sie günstig bei eitriger Metritis im Endstadium des Puerperiums. Er hätte gern ausführlichere Bemerkungen über das Antistreptococcus-Serum gehört. Das Marmorek'sche Präparat kann in grossen Dosen injicirt werden — 20 bis 25 cc. zwei- bis dreimal täglich. Dr. Frank in Köln injicirt 20 Tropfen einer Mischung gleicher Theile Creosot und Oleum camphoratum dreimal täglich. Als Irrigations-Flüssigkeit benutzt Dr. Shulman eine Lösung von Quecksilber-Jodid, eins zu viertausend, von einer Temperatur von 103 Grad F. Der Irrigator soll nur sehr wenig über das Niveau des Uterus gehoben werden, damit die Flüssigkeit nicht durch Druck absorbirt werde.

Dr. I. Morvay-Rottenberg: Die Anhänger der Selbstinfection behaupten, dass dieselbe sehr häufig vorkommt und dass, während die Infection von aussen durch Mikroorganismen bedingt wird, die während des Geburtsactes in die Scheide gebracht worden sind, die Selbstinfection durch Organismen erfolgt, welche während der Schwangerschaft oder noch früher in den Genital-Canal gelangt sind, aber erst bei oder nach der Geburt ihre Wirkung entfalten. Entnimmt man dem Genital-Canal einer nicht untersuchten Schwangeren eine Probe und injicirt dieselbe Kaninchen, so entstehen Abscesse, welche die in dem Vaginalsecret vorhandenen pathogenen Microorganismen enthalten. Dr. Rottenberg erwähnt dann die auf Gonorrhoe beruhende septische Peritonitis, welche gewiss nur von Gonococcen herrühren kann. Prophylactische Desinfection des Genital-Canales im Anfange der Geburt ist also entschieden indicirt; z. B. eine Ausspülung der Vagina und des unteren Cervixabschnittes mit 1 Liter Sublimat (1:3000) oder 3 Procent Carbollösung. Er verabreicht oft eine grosse Dose Chinin und findet, dass falls die Temperatur nach derselben sinkt, eine gute Prognose zu erwarten ist. Bei hoher Temperatur wirkt, für kurze Zeit gegeben, Phenacetin günstig. Was den Alcohol betrifft, hat er die Erfahrung gemacht, dass derselbe günstig wirkt und dass manche Wöchnerinnen erstaunlich grosse Mengen vertragen können. Bezüglich der Serum-Therapie betont Dr. Rottenberg, dass die Injection sehr frühzeitig nach Stellung der Diagnose auf Sepsis gemacht werden soll. Im Spätstadium wird natürlich kein so guter Erfolg zu erwarten sein.

Dr. F. J. Leviseur, Secretär.

EDITORIELLES.

✝ Heinrich Heidenhain.

Wiederum ein grosser deutscher Name auf die Todtentafel gesetzt! In Breslau starb, 64 Jahre alt, der Professor der Physiologie, Rudolf Heidenhain. Als Sohn eines preussischen Arztes 1834 in Marienwerder geboren, studirte er später in Halle und Berlin Medicin und arbeitete nach seiner Promovation erst in Berlin als Assistent von Du Bois-Reymond, nachher in Halle unter A. W. Volkmann. Schon im Alter von 26 Jahren wurde er als Nachfolger von Purkinje als Pro-

fessor der Physiologie und Histologie an die Universität Breslau berufen, wo er bis zu seinem Lebensende thätig war.

Heidenhain hat auf vielen Gebieten der Physiologie grundlegend gewirkt. Als getreuer Schüler seines Lehrers Du Bois-Reymond stellte er Untersuchungen über die Wärmeentwickelung im Muskel an und hier wie überall, wo er schaffte, bereicherte er die Physiologie nicht nur mit originellen Ideen, sondern auch mit scharfsinnig erdachten Apparaten. Mit seinen Arbeiten über die Lehre von der Drüsensecretion ergänzte er die Entdeckung Carl Ludwigs von dem Bestehen secretorischer Drüsennerven und seine genialen Studien über die Epithelien im Ruhe- und im thätigen Zustande reformirten vollständig die bisherigen Anschauungen über die Secretionsvorgänge, die bis dahin mit fast naiver Einseitigkeit als blosse Erscheinungen der Filtration und Osmose angesehen worden waren. Seinen Beobachtungen an den Zellen der Speicheldrüsen folgten die epochemachenden Veröffentlichungen über die Darm- und Nierensecretion: „Ueber die Pepsinbildung in den Pylorusdrüsen", „Ueber die Absonderung der Fundusdrüsen des Magens", „Versuche über den Vorgang der Harnabsonderung" etc. Seine gesammte Drüsenphysiologie hat Heidenhain in Hermann's Handbuch der Physiologie als „Physiologie der Absonderungvorgänge", 1880, niedergelegt. Weitere Arbeiten beschäftigen sich mit den Lymphdrüsen, der Körpertemperatur und dem Kreislauf, den Vorgängen der Hypnose und endlich trat er Ende der 70iger Jahre als schlagfertiger Kämpfer gegen die Antivivisectionsbewegung in die Schranken, indem er in seiner Schrift „Die Vivisection im Dienste der Wissenschaft" zeigte, in welcher segensreichen Weise die practische Medicin von den durch die Vivisection gefundenen Resultaten bereichert wurde. Auf Veranlassung des Cultusministeriums bearbeitete er dasselbe Thema noch einmal 1884.

Seit mehreren Jahren nagte ein tückisches Darmleiden an seiner Gesundheit und so war es ihm nicht möglich, seinem grossen Lehrer Du Bois-Reymond, dessen gegebener und auch ausersehener Nachfolger er war, auf seinen Lehrstuhl zu folgen. Er starb als Vorsteher des ältesten physiologischen Instituts Deutschlands, an welchem er seit 40 Jahren einer der fruchtbarsten und genialsten Mitarbeiter am Auf- und Ausbau der physiologischen und histologischen Wissenschaft gewesen ist.

Wohnungsdesinfection mittelst Formalinlampen.

Infection und Desinfection sind schon sehr populäre Begriffe geworden, denn die moderne Wissenschaft hat neben den Bacterien auch die Bacterienfurcht gezüchtet. Allein die Technik und practische Anwendung der Desinfectionsmittel ist ausserhalb der wissenschaftlich geleiteten Institute, das heisst in den Privathäusern, noch eine recht mangelhafte. Sie wird es auch bleiben, so lange wir nicht eine Methode haben, welche, sagen wir es offen heraus, sowohl an den Geldbeutel, als auch an die Intelligenz und die Gewissenhaftigkeit des Personals, also hier an das grosse Publikum, keine grösseren Anforderungen stellt. Man mag in Cholera- und in Gelbfieberzeiten unter dem

Eindruck der drohenden Gefahr mit noch so peinlicher Sorgfalt mit Sublimat waschen, mit Brod Decken und Wände abreiben und mit Schwefel räuchern; in sogenannten gesunden Zeiten, wo zwar Tuberculose und andere Infectionskrankheiten nicht minder gefährlich, wenn auch nicht mit derselben imponirenden Massenhaftigkeit wüthen, werden die Vorschriften des Arztes und des Gesundheitsamtes in 90 Procent der Fälle ungenügend befolgt. Das weiss jeder practische Arzt, der sich die Mühe gibt, nicht nur vorzuschreiben, sondern auch die Ausführung seiner Befehle zu überwachen.

Ohne behaupten zu wollen, dass wir schon vor der Verwirklichung unseres Ideals stehen, müssen wir deshalb einen einfachen Desinfectionsapparat, wie ihn die Firma Schering & Glatz auf den Markt bringt, als einen grossen Fortschritt begrüssen. Wir nehmen um so eher von demselben editoriell Notiz, als uns eine ganze Anzahl hiesiger Collegen seine Vorzüglichkeit rühmte, nachdem er schon vorher in einer der geachtetsten deutschen Zeitschriften von berufener Seite seine wissenschaftliche Bestätigung gefunden hat.*)

Das Desinficiens, welches verwendet wird, ist der Formaldehyd, HCOH, oder vielmehr der Paraformaldehyd, eine polymere Form des ersteren, $(HCOH)^3$. Der Formaldehyd kommt als Formalin in den Handel, einer 40-procentigen wässerigen Lösung des Aldehyds. 1892 haben Dr. Aronson und der französische Chemiker Trillat unabhängig von einander auf die eminente antiseptische Eigenschaft dieses Körpers aufmerksam gemacht, welche seitdem von zahlreichen Seiten erprobt und bestätigt wurde. Auch an dem Problem der Verwendung des Formaldehydgases zur Wohnungsdesinfection wurde zugleich von mehreren Seiten gearbeitet und neben Schering und Glatz haben Trillat, der Amerikaner Robinson u. A. mehr oder weniger complicirte Apparate construirt. (Siehe: Formaldehyde as a Desinfectant. By Alvah H. Doty, M. D. N. Y. Medical Jouranl, October 16.)

Schon beim Stehen in gewöhnlicher Temperatur wird aus der Formalinlösung Formaldehydgas frei, während andererseits am Boden des Gefässes sich ein kalkiges Sediment bildet, welches aus Paraformaldehyd besteht. Dieser Körper ist in Form von comprimirten Tabletten zu Desinfectionszwecken zu beziehen. Der Desinfectionsapparat besteht aus einem mit Docht versehenen Spiritusbassin, über welches ein cylinderförmiger Blechmantel gestellt wird, der oben mit einem Einsatz zur Aufnahme der Pastillen versehen ist. Der Apparat wird auf eine Blechunterlage in dem zu desinficirenden Raume aufgestellt, Thüren und Fenster möglichst hermetisch geschlossen und die Spirituslampe anzündet. Zur Desinfection genügt die Verbrennung einer Pastille (1 gr.) per Cubikmeter Raum. Durch die heissen Verbrennungsgase werden die Paraformaldehydtabletten in ihren ursprünglichen Zustand von gasförmigem Formaldehydgas übergeführt, welches, vermischt mit den Verbrennungsgasen, den Raum gleichmässig

*) Ueber eine neue Methode der Desinfection grösserer Räumlichkeiten mit Formalin von Dr. Hans Aronson, Zeitschrift für Hygiene und Infectionskrankheiten, Bd. 15, Juli 8., 1897.

ausfüllt und desinficirt. Aronson hat experimentell nachgewiesen, dass auf diese Weise Tubercel- und Diphtheriebacillen, Staphylo- und Streptococcen, sowie Milzbrandsporen abgetödtet werden. Allerdings genügt diese Desinfectionsmethode vorderhand nur für die Wände und alle Gegenstände, welche ihr mit freier Oberfläche zugänglich sind. Bei der nicht sehr grossen Penetrirfähigkeit des Formaldehydgases müssen Betten, Matratzen nach wie vor mit Dampf desinficirt werden.

Neben der ungemeinen Einfachheit der Anwendung hat die geschilderte Formalindesinfection noch den Vortheil, dass Möbel, Stoffe etc. nicht im geringsten angegriffen werden und zudem ist der Paraformaldehyd ein ungiftiger Körper, sodass Unglücksfälle, wie mit den Sublimatspastillen, hier nicht zu befürchten sind.

Für Desodorisirungszwecke stellt dieselbe Firma noch eine kleinere Lampe her, welche sich ebenfalls ausgezeichnet bewährt hat, um faulige Gerüche zu zerstören. Das Formalin verdeckt dieselben nicht nur nach Art der gewöhnlichen Räucherungsmittel, sondern seine desodorisirende Eigenschaft beruht auf seiner chemischen Fähigkeit, mit Schwefelwasserstoff, Ammoniak etc. geruchlose Verbindungen einzugehen.

Therapeutische und klinische Notizen.

— Am Congress für innere Medicin in Berlin nahm J. Ritter (Berlin) Stellung gegen die Anschauung der Identität von Scrophulose und Tuberculose. Schon vor Virchow wurden diese beiden Leiden zusammengeworfen und die bacterielle Aera hat das alte Missverständniss wieder heraufbeschworen. Der Tubercelbacillus sollte auch die gesammten scrophulösen Erscheinungen erklären. Nach Ritter rührt der Irrthum daher, dass entweder die Sectionsergebnisse herangezogen wurden, in denen weit entwickelte Processe zum Ausdruck kamen, oder von Lebenden gewonnene Krankheitsproducte, die lange Zeit herrschenden Affectionen entstammten, der Prüfung unterzogen wurden. Ritter hat an zweifellosen Scrophulösen, die an anderen Leiden zu Grunde gingen, wie auch an Lebenden, sehr ausgedehnte Untersuchungen gemacht. Die Benutzung von microscopischen Präparaten, Cultur- und Thierversuche ergaben ein negatives Resultat. Das Auftreten des Tubercelbacillus, der allerdings stets in drohender Nähe steht, muss als secundäres Hinzutreten (Complication) aufgefasst werden. Wien. Med. Pr. pag. 1306 Sitzgsber.

— Die Behandlung der Tuberculose mit Zimmtsäure ist von Heusser-Davos an 22 Fällen durchgeführt worden. Bei allen Patienten handelte es sich um die Gruppe 1 und 2 nach Landerer. (1. Chronische Tuberculose mit nicht nachweisbaren Cavernen; 2, Fälle von Cavernen ohne wesentliche Temperatursteigerungen). Sechs Fälle sind geheilt (3 von 1 und 3 von 2), 12 gebessert, 1 gestorben und 3 ohne Erfolg behandelt. Von den geheilten sind 2 Fälle seit 2 Jahren, 3 seit 1 Jahr und 1 seit 5 Monaten geheilt. Die Injectionen der Zimmtsäureemulsion hat Verfasser ausschliesslich in die Glutäen gemacht. Er beginnt mit 0,1 der 5-prozentigen Emulsion und steigt bei jeder Ein-

spritzung, die jeden zweiten Tag vorgenommen wird, um 0,1. Die Maximaldosis ist 1,0, bei der Verfasser stehen bleibt bis zum Schluss der Behandlung. Irgend welche erheblichen Nachtheile hat Heusser von den Injectionen nie gesehen. Therap. Monatsh. No. 9.

— In einer Arbeit, „When Shall We Operate for Cholelithiasis?" welche im Centralbl. f. Gyn. No. 42 genau referirt ist, beantwortet Dr. Carl Beck die Frage: „Soll man, wenn Gallensteine sicher diagnosticirt sind, sofort operiren oder zunächst Mineralwässer oder interne Mittel anwenden?" dahin; es soll die Cholostomie gemacht werden: 1. Sobald eine acute Gallenblasenerkrankung diagnosticirt ist. 2. Bei chronischem Hydrops der Gallenblase. 3. Wenn wiederholte acute Gallensteinkoliken mit Fieber aufgetreten sind. 4. Bei Gallensteinileus. 5. Eine Probelaparatomie ist angezeigt, wenn zweifelhafte Entzündungserscheinungen in der Gallenblasengegend auftreten, die eine Peritonitis befürchten lassen. — Auf Grund seiner Krankengeschichten kommt Beck zu der Ansicht, dass unzählige Patienten, die als magenleidend behandelt werden, gallenblasenleidend seien. Mit wenig Ausnahmen seien die sogenannten Magenkrämpfe Gallensteinkoliken. Als das wesentlichste in der Diagnose Gallensteine scheinen dem Verfasser Schmerzen im Epigastrium oder in der Herzgegend. Doch soll man an Gallensteine auch bei Schmerzen in der rechten Fossa iliaca denken, selbst wenn sie nicht kolikartig auftreten. Auch hält Beck die Probe auf Gallenfarbstoff im Urin nicht für sicher, insofern sich oft im Urin Gallenfarbstoff nicht nachweisen lasse, und ebenso stehe es mit dem Puls und der Temperatursteigerung, da selbst bei Empyem und Ulceration der Gallenblase die letzteren ausblieben. (Veröffentlicht im New York Journal, 8. Mai 1897.)

— Die Hofmeier'sche Klinik in Würzburg vertritt in der Anwendung der Zange einen ziemlich zurückhaltenden Standpunkt. Unter im Verlauf von 7 Jahren in der stationären Klinik beobachteten 2800 Geburten wurde 66 Mal, d. h. nur in 2,36 Procent der Fälle, die Zange angelegt; die hohe Zange war unter diesen 66 Fällen nur mit 3,03 Procent vertreten. Rechnet man die Wehenschwäche zu den Gefahren für die Mutter, so wurde wegen dieser Indication in 45,4 Procent der Fälle operirt, in den übrigen Fällen war allein das Interesse des Kindes massgebend. Von den Müttern erlitten 55,6 Geburtsverletzungen, von diesen heilten 89,3 Procent. Die auf Rechnung der Zange selbst zu setzende Mortalität der Mutter betrug 0 Procent, die Morbidität 30,86 Procent. Auffallend ist bei den Zangengeburten das hohe Verhältniss der Knaben zu den Mädchen (191:100). Die absolute Kindersterblichkeit belief sich auf 27,7 Procent, doch gibt Schulz als relative, durch die Zange selbst bedingte Mortalität nur 4,54 Procent an. A. Schulz, Inaug. Diss. referirt in Centralbl. f. Gyn. No. 41.

— In seiner Inauguraldissertation „Die Niederkünfte Kreissender über 40 Jahre im Hinblick auf ihre Unregelmässigkeiten in den Jahren 1892—'94 in der kgl. Frauenklinik zu München" berichtet C. Hennemann über 52 Entbindungen, bei denen die folgenden Besonderheiten gefunden wurden: 1. Durchschnittlich übernormales Gewicht von Placenta und Kind, grössere Kindes- und Nabelschnurlänge. 2. Im Durchschnitt fast doppelter Blutverlust als gewöhnlich. 3. Die un-

günstigen Kindeslagen überwiegen um das Dreifache. 4. Doppelte Gesammtmortalität der Kinder als gewöhnlich. 5. Fast die Hälfte der zu Grunde gegangenen Früchte waren macerirt. 6. Die Operationsfrequenz war dreimal so gross als sonst; die Mortalität der Operationen bei Mutter und Kind eine höhere. 7. Placenta praevia kam ungemein häufig vor (1:13) und war in ihrem Verlauf für Mutter und Kind ungünstig. Centr. f. Gyn. No. 42.

— Jacovidés bediente sich bei Conjunctivitis zweier wässerigen Ichthyollösungen, einer 50:50, und einer 30:70, und zweierlei Salben, einer 5-procentigen und einer 2,5-procentigen Ichthyolvaselinsalbe. Beim Einspritzen der wässerigen Lösungen in den Conjunctivalsack fand Jacovidés anfangs eine stärkere Röthung, Schmerzhaftigkeit der Conjunctiva; nach einer Viertelstunde hörten jedoch die Schmerzen auf, die Conjunctiva blasste ab und der Kranke empfand Erleichterung. Bei Anwendung der Salbe war die Röthung geringer und in der Regel gar keine Schmerzhaftigkeit vorhanden. Die Fälle, bei denen Jacovidés das Ichthyol anwandte, waren: Conj. catarrhalis, eczematosa und trachomatosa, sowie Blepharitis und Blepharo-Conjunctivitis. — Darier bestreicht bei Blepharitis die Lidränder mit 1—1,5-procentiger Ichthyolsalbe, wobei sich bald eine deutliche Besserung zeigt; wo die vollständige Heilung zu lange auf sich warten lässt, muss man nebenbei mit Lapis und Jodtinctur touchiren, oder selbst Galvanocaustik anwenden. In sehr schweren Fällen mit Röthung und Schwellung der Lider, Ectropion und starker Secretion, wie sie bei scrophulösen und unreinen Individuen vorkommen, lege man einen mit Ichthyol bestrichenen Leinwandstreifen über Nacht über die halbgeschlossenen Augenlider und lasse am nächsten Tag das gestaute Secret ablaufen, worauf nach einer Borwasserausspülung bedeutende Erleichterung eintritt. Für Allgemeincuren gibt man 0,1-grammige Pillen, wovon täglich 4 Stück genommen werden können. Bei Keratitis vasculosa genügt die Einführung minimaler Mengen reinen Ichthyols in den Conjunctivalsack, so dass die Mucosa bräunlich gefärbt erscheint, um günstige Resultate zu erzielen. La clinique ophthalmologique ref. in Ther. Revue der Allg. Wien. Med. Zeitg. No. 43.

— S. Mayländer rühmt den Gebrauch des Ichthyols bei gonorrhoischer Epididymitis. Bei Anwendung des Mittels lässt die Schmerzhaftigkeit rasch nach, die Anschwellung nimmt in kurzer Zeit ab und die Patienten waren schon in 3 bis 5 Tagen in der Lage, ihre Beschäftigung wieder aufzunehmen. M. lässt zunächst eine Ichthyolglycerinlösung Rp. Ammon. sulfoichthyolic. 10,0, Glycerini 30,0 einpinseln, darüber kommt Watte und Schutzverband. Wien. Med. Wochenschr.

— Am Med. Congress in Moskau las Pinard für den abwesenden Wallich über Serumtherapie bei puerperaler Infection; er kommt zu folgenden Schlüssen: Nach den guten Resultaten, welche Marmorek mit seinem sehr stark wirkenden Antistreptococcenserum experimentell erhalten hatte, schien die Hoffnung berechtigt, dass das Mittel sich gegen die Infection, welche durch die Streptococcen so häufig im Wochenbett erzeugt wird, wirksam erzeigen würde. Seine Untersuchungen erstrecken sich nun darauf, ob das von Marmorek entdeckte und dargestellte Antistreptococcenserum ein wirksames und vorbeugendes

oder heilendes Mittel gegen die puerperale Infection sei. Nach seinen Versuchen kommt er zu folgendem Schluss: Die Morbiditäts- und Mortalitätsziffer hat sich nach der methodischen Anwendung des Marmorek'schen Serums nicht wesentlich geändert, trotz der Steigerung der Injectionsmenge des Serums bis zu 750 ccm., er sieht daher keinen Grund, die bisher übliche Methode der Behandlung der puerperalen Infection zu ändern. P. selbst sah im Gegensatz 1897 bessere Resultate als in den früheren Jahren. Nach der Discussion kam man zu dem Schlusse, dass das Streptococcenserum noch nicht genügend erprobt sei, um zur Zeit schon als Heilmittel empfohlen werden zu können, dass aber die Gefahrlosigkeit des Mittels zu weiteren Versuchen auffordere.

— J. Ziemacki hat im klinischen Institute der Grossfürstin Helen Pawlowna in Petersburg die Wirkung des Antistreptococcenserums auf Neoplasmen in 20 Fällen untersucht; in allen Fällen war das Resultat absolut negativ. Selbst die Angabe von Emmerich und von Coley, dass sich die ulcerirten Neubildungen unter dem Einflusse des Serums rascher reinigen, dass sie ein besseres Aussehen gewannen und dass der Zerfall aufgehalten werde, konnte nicht bestätigt werden; im Gegentheil gaben zweifellos die Seruminjectionen in einem Falle von Lymphosarcom durch beständig und öfters wiederholten Reiz die Veranlassung zur raschen Dissermination in der Umgebung des primären Knotens. Die einzig nützliche Wirkung der Blutserumtherapie bei Neubildungen liegt in der schmerzstillenden und beruhigenden Eigenschaft des Blutserums. Die Seruminjectionen erzeugen eine Art von Depression und stumpfen die Schmerzempfindlichkeit ab; diese Depression tritt gewöhnlich 2—3 Stunden nach jeder grösseren Dosis von Serum auf und hält 2—3 Tage an. Demgegenüber tritt aber auch eine exquisit toxische Wirkung der Seruminjectionen zu Tage, welche sich in Anfällen von Athemnoth, heftigen Kopfschmerzen und Schmerzen in der Lendengegend, Cyanose des Gesichts von etwa 10 Minuten Dauer äusserten und eine bedeutende Schwäche zurückliessen. Die Anfälle waren um so stärker, je schwächer der Organismus war; je mehr die Kräfte des Kranken sanken, desto kleinere Dosen waren im Stande, einen Anfall auszulösen. Die Serumtherapie ist demnach für geschwächte und marastische Individuen als contraindicirt anzusehen. Wien. Med. Pr. 1299.

— Olaya Laverde aus Bucadramanga, Columbien, hat mit dem Blute von Leprakranken und mit macerirten Lepraknoten durch Ueberimpfen auf Thiere ein Serum gewonnen, welches er an 60 Kranken anwandte. Die Behandlungsdauer währte 3—12 Monate; 6 der Kranken können seit einem Jahr nun als geheilt betrachtet werden. die übrigen weisen bedeutende Besserung auf; ob die Heilung, respective Besserung, von Dauer ist, muss erst die Zukunft lehren. Münchn. Med. Woch. No. 43.

— Von Bayer & Co. in Elberfeld wird ein neues Präparat, Eisensomatose in den Handel gebracht, über welches Roos in Freiburg ausserordentlich günstige Erfolge berichtet. Er sah bei schwächlichen und chlorotischen Mädchen in kurzer Zeit das Körpergewicht und den

Hämoglobingehalt des Blutes zunehmen, den Appetit sich heben und das Allgemeinbefinden sich bedeutend bessern.

Eisenbehandlung und Magensecretion bei Chlorose. Es ist bekannt, dass in zahlreichen Fällen von Anämie und Chlorose die Eisenpräparate von den Kranken schlecht vertragen werden und denselben schmerzhafte Verdauungsstörungen verursachen, welche den Arzt häufig zwingen, die Eisenbehandlung auszusetzen. Buzdygan suchte nun die Ursache dieses verschiedenen Verhaltens zu eruiren, indem er den Einfluss der verschiedenen Eisenpräparate (Ferr. reduct., Ferr. carbonat. und Ferr. jodat.) auf die Magensaftsecretion studirte. Diese Untersuchungen haben zu dem Resultat geführt, dass in den Fällen, wo Hyperacidität vorhanden war, dieselbe durch Eisendarreichung noch gesteigert wird, und damit auch die Beschwerden, wie Magendruck, Uebelkeit, Brechen, Pyrosis etc. In diesen Fällen ist also die Eisentherapie contraindicirt. Die Contraindication kann aber blos eine temporäre sein, denn, ist mit Hilfe einer passenden Diät und durch Darreichung von Alcalien die Hyperacidität beseitigt worden, so wird dann in vielen Fällen das Eisen gut vertragen und von den Patienten mit Vortheil genommen. Ist dagegen der Salzsäuregehalt des Magensaftes normal oder besteht Hyperchlorhydrie, so wird das Eisen immer gut vertragen, und die Eisentherapie hat zuweilen eine Besserung der Magensaftsecretion zur Folge. Sem. Med. No. 28, ref. in Therap. Revue der Allg. Wien. Med. Ztg. No. 43.

— Zunahme der Krebskrankheit. Vor Kurzem veröffentlichte Roger Williams im British Med. Journal eine Arbeit, aus welcher hervorgeht, dass das Carcinom in England an Häufigkeit stetig zunimmt. Ein Vergleich der Statistiken von vor 50 Jahren mit den gegenwärtigen ergibt, dass dort, wo früher 177 Todesfälle in Folge von Carcinomen auf eine Million Einwohner zu verzeichnen waren, dieses Verhältniss gegenwärtig auf 713 gestiegen ist, sodass ein Todesfall an Carcinom auf 23 Todesfälle überhaupt kommt. In jüngster Zeit ist eine ähnliche Zunahme des Carcinoms auch für Paris nachgewiesen worden, woselbst die Krebskrankheit noch häufiger zu sein scheint, als in England. So waren nach den statistischen Jahrbüchern der Stadt Paris von 51,653 Todesfälle im Jahr 1894 in Paris 2608 durch Carcinom verursacht, somit entfällt ein Todesfall in Folge von Krebs auf ca. 20 Todesfälle überhaupt. Mit anderen Worten, jeder 19. oder 20. Todesfall ist durch Krebs verursacht. Wien. Allg. Med. Zeitung 41.

— Th. Hitzig in Zürich hat gefunden (Deutsche Med. Woch. 1897, No. 36), dass eine Pupillendifferenz, und zwar eine der linken Pupille bei Oesophaguscarcinom ziemlich häufig sei; bei höher sitzenden Carcinomen könnte dies durch Druck auf den Sympathicusstamm an Stellen, wo er pupilläre Fasern führt, zu erklären sein; doch gilt diese Erklärung für tiefer sitzende Carcinome nicht, und ausserdem ist dann das Freibleiben des Recurrens auffallend, da dieser Nerv dem Oesophagus dicht benachbart ist und eher lädirt werden könnte als der ziemlich fernliegende Sympathicus.

— Dr. Ströll in München schreibt der Münchn. Med. Wochenschrift, dass er die von Dr. Ide (Allg. Med. Centralzeitg. 1881, No. 91) einge-

führte Therapie der Parulis den Herren Collegen warm empfehlen kann, nachdem sich dieselbe in mehr als einem Dutzend von Fällen gut bewährt hat und es schade wäre, wenn diese erfolgreiche Behandlung wieder der Vergessenheit anheimfiele. Die Verordnung lautet: Rp. Natr. subsulfuros, 4,0, Aqua dest. 160,0, Sirup. simpl. 30,0 M. d. s. stündlich ein Esslöffel. Schon nach 3—4 Esslöffeln hört der Schmerz auf, ohne dass Morphium nöthig, ferner wird die Eiterbildung gehindert und dadurch, wenn die Entwicklung der Parulis noch im Beginne ist, der entzündliche Process in 24 Stunden coupirt.

— Nach Clovier Beauvais (Intern. C.-Blatt f. Laryng. und Rhin.) kann man durch Kitzeln des Rachens oder der Nasenschleimhaut alle Arten von hysterischen Anfällen plötzlich zum Stillstand bringen. Dieses Phenomen ist analog zu stellen der Thatsache, dass man durch Kneifen oder Drücken gewisser Partien der Haut umgekehrt Anfälle nach Belieben hervorrufen oder zum Verschwinden bringen kann.

— Stiel in Cöln hat von einem Patienten eine neue Methode zur Feststellung einer Trommelfellperforation gelernt (Therap. Monatsh. 1897, No. 9). Beim Vasalva'schen Versuche empfand der Kranke das Durchströmen der Luft durch das Ohr; er sagte sich, dass die nach aussen entweichende Luft einen Beschlag auf einem angelegten Spiegel hervorrufen müsste. Die Ausführung dieses Versuches ergab selbstverständlich den Beweis der Trommelfellperforation.

— Nach einer Mittheilung der "Med. infant." empfiehlt Pujador in Barcelona die Behandlung der Scarlatina mit Terpentinöl. Man verwendet das Terpentinöl entweder zu subcutanen Injectionen, muss dann aber etwas Natrium bic. zugeben (bei Kindern höchstens 1 gr., bei Erwachsenen höchstens 3 grm. pro die), oder man reicht es intern in einem schleimigen Vehikel oder in Gelatinekapseln. Nach Pujador beugt die Terpentinbehandlung dem Eintreten einer Nephritis vor und kann andererseits auch nephritische Symptome rasch zum Rückgang bringen. Wien. Med. Pr. 1299.

— Die Bedeutung des Weinessigs in der Behandlung der Phenolvergiftung, welche vor zwei Jahren von E. Carleton in New York hervorgehoben wurde, erhellt aus einer von A. Steavenson im British Med. Journ. mitgetheilten Beobachtung. Er fand die Patientin, ein junges Mädchen, das Carbolsäure getrunken hatte, in schwerem Coma, stark cyanotisch, mit kaum tastbarem Puls und noch nach Carbol riechendem Athem; zunächst machte er eine subcutane Injection von 0,001 Strychnin und nahm eine Magenauswaschung mit einer Mischung von gleichen Theilen Wasser und Weinessig und dann mit reinem, warmen Wasser vor; zuletzt liess er in den Magen 150 grm. Alcohol einfliessen. Die Kranke kam bald zu sich und war nach wenigen Tagen, während welchen sie dunklen Urin ausschied, vollständig genesen.

— Für Mundwassertabletten gibt die Zeitschrift für Krankenpflege folgende Formel: Rp. Heliotropini, Saccharini 0,01, Acidi salicyl. 0,1, Mentholi 1,0, Sachari lact. 5,0, Spirit. rosar, quant. sat. ut fiant Tabl. Nr. centum. Die Tablettenmasse kann, um dem Mundwasser eine Farbe zu geben, mit Eosin oder Chlorophyle oder Indigocarmin gefärbt werden. Wien. Med. Pr. 1299.

— Eine interessante Krankengeschichte zur Illustration des Einflusses von Alcoholismus des Vaters auf die Lebensfähigkeit des Kindes theilt Anthony in der Gazette hebdomaire de med. et de chir. No. 24 mit: Eine robuste, gesunde Frau war seit ihrem 17. Jahre mit einem notorischen Säufer verheirathet und hatte während der 9-jährigen Ehe 5 kleine und armselige Kinder geboren, von denen 4 in den ersten 10 Tagen nach der Geburt an Lebensschwäche starben und nur eins trotz aller Sorgfalt und Pflege 4 Jahre alt wurde. Nachdem sich diese Frau von ihrem Manne hatte scheiden lassen, ging sie mit einem gesunden Mann eine neue Ehe ein, in der sie zwei Kinder gebar. Das ältere ist jetzt 4 Jahre alt, und erfreut sich einer ausgezeichneten Gesundheit, das zweite, 14 Tage alt, ist ebenfalls stark und gesund. Dieser grosse Contrast zwischen den Kindern weist deutlich darauf hin, dass, da Syphilis nicht vorhanden war, der Alcoholismus des Vaters die Lebensfähigkeit der Kinder erster Ehe herabgesetzt hatte. Ref. in Centralbl. f. Gyn. No. 41.

— Widenmann hat in Ostafrika eine Anzahl Kriegsverwundungen gesehen und behandelt. Leider ist ein Theil der Schusswunden erst in einem späten Stadium in seine Behandlung gelangt, so dass man aus seiner Beschreibung nur entnehmen kann, in welchen Zustand solche Wunden durch Vernachlässigung gerathen können. Auch handelte es sich um Gewehre älterer Construction, welche, aus nächster Nähe abgefeuert, erhebliche Knochenzerstörungen bewirkt hatten. Necrotomien und Resectionen brachten Heilung. Eine Schusswunde durch die linke Lunge wurde in 8 Tagen geheilt, obgleich sich ein kleines Extravasat im Brustfellsack eingestellt hatte. Unter mehreren Pfeilwunden führte eine unmittelbar zum Tode, offenbar durch Verletzung der Art. femoralis; der Arzt war nicht sogleich zur Stelle. Vergiftungserscheinungen nach derartigen Pfeilwunden wurden nie beobachtet, obgleich der befehdete Volksstamm sich eines Pfeilgiftes zu bedienen pflegt und Lewin in übersendeten Proben auch ein rasch wirksames Gift nachwies. Deutsche Milit. Zeitschrift, ref. in Centralbl. f. Chir. No. 40.

— Von einem guten Suppositorium verlangt man 1. Das Medicament soll gleichmässig vertheilt sein. 2. Das Medicament muss leicht und schnell aus dem Suppositorium frei werden. 3. Das Suppositorium soll möglichst steril sein. 4. Das Suppositorium soll sich leicht einführen lassen. 5. Das Suppositorium muss sich, so weit die Dosis des incorporirten Medicaments in Frage kommt, exact bereiten lassen. Die Cacaobuttersuppositorien bieten für eine gleichmässige Vertheilung des Medicaments keine Sicherheit, es sei denn, dass man das Medicament mit Cacaobutter und Fett oder Oel anstösst zu einer plastischen Masse, dann rollt und in Kegelform bringt. Man verschreibt dann so: Rp. Kal. jodat. 0,2, Butyr. Cacao 3,0, Adip. suill. q. s. ut f. exactissime terendo massa e qua forma supposit. — Hohlsuppositorien sind zu verwerfen. — Die Glyceringelatine-Suppositorien sind entschieden besser. Das Medicament ist gleichmässig vertheilt, die Resorption eine prompte. Nachtheile sind: Mangelhafte Sterilität, Beimischung indifferenter Stoffe aus dem Leim, aus dem sie bereitet werden, die reizende Wirkung des Glycerins. Als viel geeigneter erwiesen sich

Agarsuppositorien. Man nimmt einen Theil Agar auf 29 Theile Wasser und setzt zur Neutralisirung auf 10,0 pulverförmigen Agar 0,1 Natr. bic. zu. Agar, Medicament, Wasser und Natr. bic. kommen in eine Medicinflasche, die für 5—10 Minuten in siedendes Wasser gestellt wird. Dann wird die Masse in Paraffinpapierdüten gegossen. Jedoch sind für die verschiedenen Medicamente verschiedene Prozeduren nöthig. Verschrieben wird etwa folgendermassen: Rp. Morph. hydrochlor. 9,95, Pulv. Agar. neutr. q. s. ut f. suppos. No. 5. In analoger Weise kann man Medicinalstäbchen und Vaginalkugeln bereiten. Lewin und Eschbaum in Deutsch. Med. Wochenschr. No. 2, ref. in Monatshefte f. Pract. Derm. No. 7.

Kleine Mittheilungen.

— Am 2. November starb, 63 Jahre alt, in seiner Wohnung 238 Ost 18. Strasse, Dr. Charles A. Avery, ein wegen seines leutseligen Wesens bei Patienten und Collegen sehr beliebter Mann. Avery war seit vielen Jahren Secretär der County Medical Society und erst in der letzten Jahresversammlung im October aufs neue gewählt worden.

— Wie schon das letzte Jahr, werden auch diesen Winter die Aerzte des Deutschen Hospitals und Dispensary wissenschaftliche Abende veranstalten. Der erste findet am 1. December statt und als Vortragende wurden gewonnen: Dr. F. Krug „Ueber Extrauterinschwangerschaft" und Dr. Percy Fridenberg über ein ophthalmologisches Thema.

— Die Deutsche Poliklinik hat ihre wissenschaftlichen Zusammenkünfte wieder aufgenommen. Ausser der Vorstellung von Patienten und Präparaten kommt jedesmal ein Thema von allgemeinem Interesse (die Behandlung der puerperalen Sepsis, die Malaria in New York etc.) zur freien Discussion. Die Betheiligung an der ersten diesjährigen Sitzung war eine sehr gute und alle Zeichen sprechen dafür, dass das Semester reich an wissenschaftlicher Arbeit und an Anregung sein wird.

— Wie in der Sitzung vom 4. October beschlossen wurde, wird das diesjährige Stiftungsfest der Deutschen Medicinischen Gesellschaft von New York in Form eines Commerses gefeiert werden. Die Vorbereitungen und die Leitung desselben wurden einem Committee übertragen, bestehend aus den Herren Drs. F. Krug, E. Bachmann, C. Beck, S. Breitenfeld und L. Peiser.

— Dr. A. Rose kündigt das Erscheinen eines Buches, "Christian Greece and Living Greece," G. P. Putnam's Sons, New York and London, Preis $1.50, an, in welchem er eine Reihe von Vorträgen veröffentlicht, welche die moderne Geschichte, Litteratur und Sprache Griechenlands behandeln. Den letzten der Vorträge, „Das Griechische als internationale Sprache der Aerzte und Gelehrten" hielt Dr. Rose in der Academy of Medicine. Subscribenten belieben sich an Dr. A. Rose, 126 Ost 29. Strasse zu wenden.

— In einer Schrift „Die Pockenstatistik der österreichischen Staatsbahngesellschaft" (Braunschweig 1896, Friedrich Vieweg & Sohn) un-

terzieht Körösi die von impfgegnerischer Seite oft benutzten Statistiken des Chefarztes Keller der österreichischen Staatsbahn einer eingehenden Revision. Er konnte in zahlreichen Fällen Fälschungen der Statistik nachweisen und somit den Beweis liefern, dass auch bei den österreichischen Staatsbahnen sich die Impfung als glänzendes Schutzmittel gegen die Pocken bewährt hat. Monatsh. f. pract. Dermat. No. 7.

— Aus Anlass eines Sonderfalles hat die Königliche Wissenschaftliche Deputation für das Medicinalwesen dem preussischen Minister der etc. Medicinalangelegenheiten über die Frage, ob und eventuell unter welchen Umständen und Voraussetzungen die Schutzpockenimpfung im Stande ist, eine Disposition für die Erkrankung an Tuberculose bezw. der Scrophulose zu schaffen, unter dèm 10. März 1897 nachstehendes Gutachten erstattet:

„Seit Entdeckung des Tubercelbacillus als Ursache der Tuberculose ist die Behauptung, dass durch die Impfung Tuberculose entstehe, unmöglich geworden. Nun taucht die Behauptung auf, dass die Disposition zur Erkrankung an Tuberculose durch die Impfung geschaffen werde. Die Annahme ist sehr verbreitet, dass durch Bestehen oder den Ablauf gewisser Krankheiten im menschlichen Körper eine grössere Empfänglichkeit für Erkrankung an Tuberculose geschaffen werde. Dies wird z. B. angenommen von Zuckerharnruhr, Masern, Keuchhusten und im allgemeinen von entkräftenden Krankheiten. Gehört dahin auch die kurzdauernde, fieberhafte Erkrankung, welche durch die Impfung hervorgerufen wird?

Da Tuberculose die häufigste Krankheit des Menschen ist, werden natürlich auch eine Anzahl Geimpfter und Wiedergeimpfter an Tuberculose früher oder später nach der Impfung erkranken. Wer solche Fälle sammelt, wird natürlich Material in Masse vorfinden; wer mehrere gesucht oder ungesucht zu Gesicht oder zu Gehör bekommt, wird, wenn er sich nur den nächsten Eindrücken hingibt, geneigt sein, die Thatsachen der früheren Impfung und der späteren Erkrankung an Tuberculose in Zusammenhang zu bringen. Zur Zeit sind jedoch keinerlei Kennzeichen bekannt, aus denen man erkennen und beweisen könnte, dass im Einzelfall die nach der Impfung entstandene Tuberculose oder Scrophulose Folge der Impfung sei, oder woraus man beweisen könnte, dass ein Einzelner nach der Impfung zur Erkrankung an Scrophulose oder Tuberculose geeigneter sei, als nicht geimpfte Menschen. Eine derartige auf den Einzelfall gerichtete Behauptung muss deshalb als willkürliche und unerweisbare gelten.

Sollte jedoch aus den Sterblichkeitsverhältnissen im Grossen ein Beweis in dieser Richtung versucht werden, so müsste man sagen: die häufigste Todesursache ist für die heutige Zeit Tuberculose. Hätte sich die Häufigkeit der Tuberculose durch die allgemeine zwangsweise Impfung vermehrt, so würde die Sterblichkeit der Menschen im Ganzen seit Einführung des Impfzwanges zugenommen haben. Dies ist jedoch nicht der Fall. Ferner, trotz fortbestehendem Revaccinationszwang, hat sich die Sterblichkeit an Tuberculose in der preussischen Armee vermindert. Ein Beweis dafür, dass Impfung zu Tuberculose-

Erkrankung geneigt mache, liegt z. B. weder im Einzelnen, noch im Grossen vor.

Man kann nur nach allgemein pathologischen Erfahrungen vermuthen, dass entkräftende Erkrankungen, welche durch fehlerhafte Impfung hervorgerufen wurden, wie Rothlauf, septische Infection, Syphilis, den Körper so schwächen können, dass er dem Eindringen und Wuchern von Tubercelbacillen weniger Widerstand entgegenzusetzen vermag. Auch kann man die Möglichkeit nicht ganz in Abrede stellen, dass bei Kindern, die irgendwo in ihrem Körper z. B. in sogenannten scrophulösen Lymphdrüsen schon Tubercelbacillen beherbergen, in einzelnen Ausnahmefällen mit starker fieberhafter Erkrankung eine raschere Vermehrung oder Verbreitung dieser Bacillen ermöglicht oder begünstigt werden könne. Abgesehen von diesen ganz vereinzelten Fällen, muss die Annahme, dass durch die Impfung eine Disposition zur Entstehung von Scrophulose oder Tuberculose begründet werde, als unerwiesen bezeichnet werden." Centralbl. f. Allg. Gesundheitspflege 1897, Heft 10.

— Von allgemeinem Interesse sind die Maassnahmen, welche die russische Regierung für die Desinfection der Postsendungen aus den pestverseuchten Gegenden Asiens getroffen hat: 1. Briefe und Kreuzbandsendungen mit Drucksachen und Geschäftspapieren werden einer Desinfection mittelst strömenden Dampfes unterzogen. 2. Briefe (Packetsendungen) mit declarirtem Werth werden zur Beförderung an russische Postanstalten nicht angenommen und im Falle ihres Eingehens an der Grenze an ihren Absendungsort zurückgewiesen. 3. Ebenso sind zur Postbeförderung kommende Postpacketsendungen (Objets de messagerie, colis postaux) und Kreuzbandsendungen mit Gegenständen, deren Einfuhr aus jenen Gegenden verboten ist, unzulässig. 4. Als Bestätigung der erfolgten Desinfection wird jeder Brief oder jede Kreuzbandsendung von der betreffenden Postanstalt mit einem Stempel mit der Aufschrift „Desinficirt" versehen. — Die Postverwaltung von Britisch-Indien ist telegraphisch ersucht worden, die Correspondenzabsender zu warnen, der Correspondenz keine derartigen Gegenstände beizulegen, die bei der Desinfection mittelst strömenden Dampfes (z. B. Papierwerthe, Documente mit Lacksiegeln etc.) verdorben werden können. Centralbl. f. Allg. Gesundheitspflege 1897, Heft 10.

— Auf der Naturforschersversammlung in Braunschweig wurde eine „Deutsche pathologische Gesellschaft" gegründet. Zum Vorsitzenden wurde Prof. R. Virchow, zu Vorstandsmitgliedern Recklinghausen, Ponfick, Marchand, Chiari, Zahn und Ziegler gewählt. Die jährlichen Versammlungen der neuen Gesellschaft sollen gleichzeitig mit der Naturforscher-Versammlung stattfinden.

— John Abel und Walter Davis (The Journal of Experimental Medicine, Bd. No. 3, 1896) gewannen die gesammte Epidermis einer Negerleiche; sie fanden das Gesammtgewicht des löslichen Pigments etwa 1 Gramm. Die Pigmentkörner können auf verschiedene Weise aus ihren Zellen befreit werden; sie sind unlöslich in Alcalien, Säuren, Alcohol etc.; sie müssen erst mit verdünnter Salzsäure, dann mit heissen, verdünnten Alcalien behandelt werden, um sich zu lösen. Das

Pigment enthält nur ganz wenig Eisen; es scheint kein Derivat des Hämoglobins, sondern eins der Proteide der parenchymatösen Flüssigkeiten zu sein. Das Pigment von Epidermis und Haar ist wahrscheinlich identisch. Ebenso unterscheidet es sich nur durch die Menge von dem in der Haut des Weissen abgelagerten. Monatsh. f. Pract. Dermat. No. 7.

—Die „Medicinischen Neuigkeiten" citiren aus der Schrift „Einige therapeutische Bemerkungen" eines Dr. A. (Berlin) folgende treffende Stelle: Ein Vorurtheil, welches sich in der Medicin fortgeerbt hat seit ewigen Zeiten und gegen welches die Aerzteschaft nicht Front zu machen wagt, da sie vielleicht fürchtet, mit der einflussreichen, gefürchteten Klasse der werthen Hebammenschaft und der nicht minder geschwätzigen der Wochenpflegerinnen in Collision zu gerathen, besteht in der Behandlung der Wöchnerinnen. Warum erlaubt heutzutage jeder Chirurge, selbst nach den schwersten operativen Eingriffen, sobald der Chloroformkatzenjammer überstanden ist, dass der Patient möglichst gut und kräftig genährt wird, während die Herren Geburtshelfer vom Fach (die practischen Aerzte müssen dann natürlich den Tanz mitmachen) ihren Wöchnerinnen für die ersten Tage des Wochenbettes eine Diät bieten, welche das Körpergewicht auch des Stärksten zu schädigen und den Kräftezustand zu vermindern im Stande ist? In einer Zeit, wo man über die Aetiologie des Fiebers nach chirurgischen Eingriffen und auch des Kindbettfiebers noch nichts oder doch nur recht wenig wusste, verordnete man Wassersuppen, Thee's, vielleicht noch etwas Zwieback; alles andere, glaubte man, sei im Stande, Fieber zu erzeugen oder dieses zu erhöhen. Heute nimmt doch wohl Niemand mehr an, dass ein Huhn oder eine Taube oder ein anderes Stück Fleisch im Stande wäre, ein Kindbettfieber zu erzeugen oder den Heilungsprozess eine Stunde zu verzögern. Warum aber lässt noch die heutige Aerzteschaft ihre Wöchnerinnen hungern bei Wasser und Brot, wie dies die Vorfahren thaten und thun mussten, weil dies der medicinischen Anschauung ihrer Zeit entsprach?

— Die Münchener Med. Wochenschrift berichtet über einen Fall, welcher gegenwärtig die Pariser Fachblätter und politischen Journale lebhaft beschäftigt. Ein junger Arzt wurde in seiner Eigenschaft als Arzt der Assistance publique (Armenarzt) zur Vollendung einer Geburt gerufen und benützte, mangels eines Kephalotribs, eben zur Hand befindliche Schreinerinstrumente, nachdem ein dreimaliger Zangenversuch missglückte, also eine Rettung des Kindes nicht mehr möglich war. Unglücklicherweise wurde bei diesen Operationen die Harnblase verletzt, es trat allgemeine Peritonitis ein, und die Mutter starb nach einigen Tagen. Der Ehemann der letzteren stellte Klage und der gerichtliche Sachverständige sprach sich so ungünstig aus, dass der unglückliche Arzt sofort in Untersuchungshaft genommen wurde. Dieselbe aufzuheben gelang erst vor Kurzem auf wiederholte dringende Vorstellung von Seite der Vorstandschaft des Aerztesyndicats. Wie aus den Fachblättern hervorgeht, treten auch die anderen Aerzte warm für ihren bedauernswerthen Collegen ein. La Revue medicale, die unermüdliche Vorkämpferin für die Interessen des practischen Arztes, zieht in einem mit grosser Erbitterung geschriebenen Leitartikel die

Schlussfolgerung, im Falle einer Verurtheilung des betreffenden Arztes würde man in Zukunft wohl lieber Mutter und Kind ruhig ohne Operation sterben lassen, als den Mühen einer solchen sich zu unterziehen, miserabel oder gar nicht bezahlt und schliesslich noch ins Gefängniss geworfen zu werden.

— Nach Bertillon vertheilen sich in Frankreich die Familien mit Rücksicht auf die Anzahl der Kinder folgendermassen: Junggesellen über 30 Jahre 1,376,591, Familien ohne Kinder 1,848,572, Familien mit 1 Kind 2,639,894, Familien mit 2 Kindern 2,364,202, mit 3 Kindern 1,585,960, mit mehr als 3 Kindern 2,122,210, Familien, Zahl der Kinder unbekannt 189,524. Centralbl. f. Allg. Gesundheitspflege.

— Ueber Ordnung und Eintheilung der Mahlzeiten, von Prof. Imanuel Munk. In der ganzen civilisirten Welt ist es Sitte, die Tagesration in verschiedenen Portionen oder Mahlzeiten einzunehmen. Je nach den allgemeinen Lebensverhältnissen, nach dem Beruf etc. wechselt die Eintheilung dieser Mahlzeiten nicht unwesentlich; meistens findet man drei, in vielen Fällen auch fünf Mahlzeiten. Die erste Nahrungsaufnahme erfolgt gewöhnlich nach dem Verlassen des Bettes vor Beginn der Tagesarbeit. Die zweite Mahlzeit fällt auf die Mitte des Tages und die dritte nach vollendeter Arbeit. In der Regel wird eine Mahlzeit eingenommen, die zugleich auch das grösste Quantum an Nährstoffen bietet, die Hauptmahlzeit; dieselbe fällt gewöhnlich entweder in die Mitte des Tages oder Abends nach vollendeter Arbeit. Die Gründe, welche vom hygienischen Standpunkte aus für die Vertheilung der Tagesration in verschiedene Mahlzeiten sprechen, sind folgende: Das tägliche Speisequantum erreicht ohne Getränke ein Gewicht von durchschnittlich 2 Kilo; eine so grosse Menge auf einmal zu bewältigen, wäre ohne Schaden für den Magen oder wenigstens ohne erhebliche subjective Beschwerden kaum möglich. Die für die Bewältigung dieses enormen Speisevolumens erforderliche angestrengte Thätigkeit des Verdauungsapparates und der grossen Unterleibsdrüsen lenkt den Hauptstrom des Blutes in diese und aus den Muskeln und dem Gehirn ab; dadurch entsteht eine körperliche Erschlaffung, eine Unlust zu jeder Thätigkeit, ein oft unwiderstehlicher Hang zum Schlafen. Ferner würde ein übermässiges, auf einmal genossenes Nahrungsquantum, vom Verdauungstractus weniger gut verwerthet, als wenn es in mehreren Portionen genossen wurde. Entsprechend der Aufnahme der ganzen Kostration auf einmal und dem in Folge dessen massenhaften Uebertritt der Nährstoffe in die Säfte werden auch die stofflichen Zersetzungen in unzweckmässiger Weise angefacht, während, sobald das im Blut kreisende Material zerstört ist, was etwa in 10 Stunden geschehen sein wird, bis zur nächsten Mahlzeit die Gewebe unter einem gewissen Nahrungsmangel zu leiden haben werden, sodass die verbrennlichen Bestandtheile, vor allem das Eiweiss der Gewebe, während dieser Zeit herhalten müssen, und in grösserem Umfang, auch unter normalen Umständen, dem Zerfall ausgesetzt sind. Wird aber die Tagesration nicht auf einmal genossen, sondern in durch je 5 Stunden von einander getrennten Mahlzeiten, so läuft der Umsatz des Eiweisses gleichmässiger ab, und es tritt nicht so leicht Mangel an circulirendem Eiweiss ein, sodass das Organeiweiss

nicht angegriffen zu werden braucht. Die Eintheilung und Zahl der Mahlzeiten hängt in erster Linie von den Gewohnheiten und von der Dauer der Arbeitsleistung ab. Wer, wie die arbeitende Klasse, bereits am frühen Morgen mit der Arbeit beginnt, nimmt vortheilhaft vorher einen kleinen Morgenimbiss, der, vorausgesetzt, dass die Abendmahlzeit ausreichend gewesen ist, nicht gross zu sein braucht; während des Schlafes ist der Stoffverbrauch, besonders der stickstofffreien Substanzen, der niedrigste, der überhaupt vorkommt. Die Hauptmahlzeit wird am zweckmässigsten zur Mittagszeit eingenommen, nachdem schon vorher 5 Stunden die Arbeit geleistet worden ist, und noch ebenso lange zu leisten ist. Nach gethaner Arbeit ist dann die Aufnahme einer mässigen, aber sättigenden Abendmahlzeit vortheilhaft, um die, bei der Arbeit verbrauchten Stoffe zu ersetzen und wo möglich einen kleinen Vorrath davon für den nächsten Arbeitstag anzulegen. Da bei dem gesteigerten Stoffverbrauch durch die Arbeit der Morgenimbiss nicht genügt, um bis zum Mittagsmahl das die Arbeitslust beeinträchtigende Hungergefühl zurückzudrängen, so empfiehlt sich zwischen 8 und 9 Uhr die Aufnahme eines mässigen Frühstückes und etwa 3 Stunden nach der Hauptmahlzeit die Einnahme des Vesperbrodes. Die vorwiegend geistig arbeitende Bevölkerungsklasse bedarf nur dreier Mahlzeiten. Da diese erst später am Morgen, zwischen 8 und 9 Uhr, ihre Thätigkeit beginnt, hält der Morgenimbiss bis zur Mittagszeit an, wo zweckmässig ein grösseres Frühstück (Gabelfrühstück) am Platze ist. Die Hauptmahlzeit wird dann nach beendeter Tagesarbeit, um 5 oder 6 Uhr eingenommen. Wird erst spät zu Bett gegangen, so kann noch zwischen 8 und 9 Uhr ein kleiner Abendimbiss eingenommen werden. Jedenfalls muss davor gewarnt werden, die Hauptmahlzeit erst am späten Abend zwischen 7 und 8 Uhr einzunehmen, weil die Verdauung eines copiösen Mahles nicht so schnell erfolgt, als dass die Ruhe des Schlafes dadurch nicht gestört werden könnte. Was nun die Vertheilung der Tagesration auf die verschiedenen Mahlzeiten anbetrifft, so haben Forster's Bestimmungen der Nährstoffmengen in den einzelnen nach Belieben aufgenommenen Mahlzeiten von Arbeitern ergeben, dass das Frühstück 14 Procent, das Mittagessen 45 Procent, das Abendessen 35 Procent, beide Zwischenmahlzeiten 6 Procent der gesammten Tagesration ausmachten. Wo, wie bei den auf ihre Kostordnung untersuchten Aerzten, nur 3 Mahlzeiten gehalten wurden, trafen auf das Frühstück 10 Procent, Mittagessen 47 Procent, Abendessen 31 Procent der gesammten Tagesration. Die Mittagskost dreier gut bezahlten Münchner Arbeiter enthielt nach den Bestimmungen von Voit im Mittel von 10 Tagen annähernd die Hälfte der Nährstoffe der Tagesration, die der norddeutschen Arbeiter nach Uffelmann's Berechnungen nur 40 Procent, das Abendessen 28 Procent der Tagesration. Wo, wie bei den körperlich leicht oder nur geistig Arbeitenden, die Eintheilung in Morgenimbiss, Frühstück und in den Vorabend fallender Hauptmahlzeit besteht, wird ersteres 12 Procent, das Frühstück 38 Procent und das Mittagessen 50 Procent der gesammten Nährstoffe enthalten dürfen. Diese auf rein empirischem Wege ausgebildete Vertheilung der Nährstoffe, über die einzelnen Mahlzeiten kann vom physiologischen und hygienischen Ge-

sichtspunkte aus, als durchaus zweckmässig erachtet werden. Zeitschrift f. Krankenpflege. Correspondenzbl. f. Schw. Aerzte.

— Das Correspondenzblatt für Schweizerärzte vom 15. October schreibt: Prof. v. Leyden (Berlin) hat auch in Moskau wieder über die staatliche Fürsorge für die Tuberculösen vorgetragen. Wenn man als Stichprobe der Gründlichkeit des Vortrages nachsieht, was über die Sanatorien der Schweiz gesagt ist, so ist man versucht, den berühmten Vortragenden grosser Oberflächlichkeit zu zeihen. „In der Schweiz sollen mehrere Heilanstalten von den Kantonen selbst erbaut werden." Mit diesem Satze werden die Leistungen unseres Vaterlandes auf dem Gebiete der Fürsorge für Lungenkranke abgethan. Wer auf einem internationalen medicinischen Congresse ein orientirendes Referat über dieses so wichtige Thema bringen wollte, hätte doch wenigstens wissen sollen, dass, wie z. B. der Referent der Wiener klinischen Wochenschrift Dr. Alexander Ritter v. Weismayr aussagt, „nicht nur Oesterreich, sondern auch Deutschland in dieser Bewegung von der Schweiz weit überflügelt worden" und hätte sich für diese Leistungen näher interessiren müssen.

— Der preussische Minister der Medicinalangelegenheiten hat durch Erlass vom 1. Mai 1897 den Hebammen die Benutzung des Lysols als Ersatz für Carbolsäure gestattet und eine 1-procentige Lysollösung für genügend erklärt. Die preussische Hebamme wird daher statt der bisher vorgeschriebenen 60 gr. flüssiger Carbolsäure nunmehr 20 gr. des ebenfalls flüssigen Lysols mit 2 Litern lauwarmen Wassers zur Herstellung einer 1-procentigen Lysollösung unter den an jener Stelle vorgeschriebenen Vorsichtsmassregeln zu mischen haben. Zur Abmessung sind jeder Originallysolflasche kleine Metallmaasse mit Marken für 10 und 20 gr. beigegeben.

— Wohnungswechsel: A. B. Berk nach St. Paul Building, 220 Broadway. — Dr. F. Becker-Laurich nach 80 Perry Strasse, nahe West 11. und Bleecker Strasse.

Geschäftliche Zuschriften, Geldsendungen. Bestellungen, u. s. w., sind zu richten an : Medical Monthly Publishing Co., 17-27 Vandewater Street, New York.

Manuscripte, Wechselblätter und Anfragen bezüglich des Inhaltes sind an den Herausgeber zu richten.

ALFRED MICHEL,
357 W. 30th St.

New Yorker

Medicinische Monatsschrift.

Officielles Organ der

Deutschen Medicinischen Gesellschaft der Stadt New York.

Redigirt von Dr. Alfred Michel.

Bd. IX. New York, December 20. 1897. No. 12

ORIGINALARBEITEN.

Die Funktionsprüfung des Ohres und ihr Werth für die Diagnose der chronischen nicht-eitrigen Mittelohrentzündungen.

Von

Dr. Max Toeplitz, New York.

Die chronischen nicht-eitrigen Erkrankungen des Mittelohres werden, abgesehen von den Residuen chronischer Eiterungen und dem Catarrh der Eustachischen Trompete, durch zwei Hauptgruppen repräsentirt: a) Otitis media catarrhalis chronica und b) Sclerose. Von der mysteriösen Sclerose, welche einen irreführenden Namen hat, hatte man bisher angenommen, dass sie von einem trockenen Process, ähnlich wie die Sclerose anderer Organe, verursacht werde, eine Ansicht, welche niemals durch pathologische Befunde erhärtet werden konnte. Sie wurde auch: Otitis media catarrhalis sicca, im Gegensatz zur eigentlichen „catarrhalis“ (die letztere ohne den Zusatz „humida“) genannt, wodurch die Verwirrung noch vermehrt wurde. Denn die catarrhalische Otitis kann feucht oder trocken sein, mit oder ohne Secretionen, und sich ganz anders als die Sclerose verhalten, bei welcher auch gelegentlich catarrhalische Producte beobachtet werden. Der Catarrh ist eine Entzündung der Schleimhäute, vergesellschaftet mit Secretion, und wenn das Wort Catarrh für Eintheilungszwecke gebraucht wird, so sollten alle Zustände des Mittelohres, die mit Secreten einhergehen, darin einbegriffen werden. Selbst die catarrhalische Form sollte davon ausgeschlossen werden, wenn sie ohne Secrete verläuft.

Einen besseren Begriff von dem Wesen der Mittelohrerkrankungen erhält man aus ihrem klinischen Verlauf, welcher zwei bestimmte Bilder darbietet.

Bei der einen Form zeigt sich eine allmähliche, langsame Abnahme des Gehörs mit gelegentlichem, nicht sehr hartnäckigem Ohrensausen und selten auftretendem Ohrenschwindel; bei der anderen Form, schleichende Entwickelung der Erkrankung mit schneller Zunahme der Taubheit, hartnäckigem Ohrensausen und beträchtlichem Schwindel. Neben diesen beiden giebt es Uebergangsformen, bei denen das eine oder andere Bild mehr oder weniger ausgesprochen ist. Die sogenannten gemischten Fälle zeigen Symptome, durch welche Complicationen von Seiten des Labyrinths ausgedrückt werden.

Die Diagonse der Mittelohrerkrankungen ist während des letzten Jahrzehnts durch die Functionsprüfung, besonres vermittelst der Stimmgabeln vervollkommnet worden, welche jedoch nicht über die andern Prüfungen das Uebergewicht erhalten sollte. Erkrankungen des Mittelohres können jetzt dadurch viel genauer localisirt werden.

Bis vor ganz kurzer Zeit war die Differenzialdiagnose zwischen Erkrankungen des Mittelohres und Labyrinths mit Hülfe der Weber'schen und Rinné'schen Versuche gemacht worden, wobei die Sclerose eine Zwischenstellung je nach dem Ausfall der Untersuchung erhielt.

Wenn nämlich beim Weber'schen Versuch die ĉ Stimmgabel (mit 256 Schwingungen) auf den Scheitel gesetzt, auf dem einen Ohre besser gehört wurde, so nahm man an, dass der Leitungsapparat dieses Ohres stärker erkrankt war, vorausgesetzt, dass die andern Prüfungsmethoden (Otoscopie, Hörprüfung etc.) damit übereinstimmten.

Wenn beim Rinnéschen Versuch die ĉ Stimmgabel (256 Schwingungen), zuerst auf den Warzenfortsatz gestellt und nach dem Ausklingen vor das Ohr derselben Seite gehalten und die Knochenleitung über die Luftleitung überwiegend befunden wurde, so hielt man wieder den Leitungsapparat für erkrankt.

Für Rinné's und Weber's Versuch reicht die ĉ Stimmgabel (256 Schwingungen) aus, da sie „innerhalb des Vocalbereichs der Tonscala" liegt und ihre Schwingungen nicht, wie die niedrigen Stimmgabeln, gefühlt, oder, wie die hohen quer über den Kopf hinweg vom andern Ohre gehört werden.

Indess ist für feinere Untersuchungen eine continuirliche Reihe von Gabeln und die Galton'sche Pfeife erforderlich,

welche alle vom menschlichen Ohre empfundenen Töne umfassen.

Der niedrigste, noch vom menschlichen Ohre gehörte Ton macht nach Bezold elf Schwingungen per Secunde, und der höchste, noch empfundene wird von der Galton'schen Pfeife bei der Grenze von 2,03 mit 32,800 Schwingungen hervorgebracht. Man braucht die Serie nicht durch Quinten (Bezold) zu trennen; Octaven, welche bei C_{II} (16 Schwingungen) anfangen, und sich mit C_I (32 Schwingungen), C (64), c (128), c u. s. w. bis zu c^4 (2048 Schwingungen) fortsetzen, während die höheren Töne von der Galton'schen Pfeife angegeben werden, bilden eine gute Serie. Die niedrigeren und höheren Gabeln bestimmen nur die Luftleitung.

Wenn das normale Ohr mit allen diesen Gabeln geprüft wird und die Hördauer für jede gesondert, sowohl für Knochen- als auch für Luftleitung bestimmt wird, so wird der Vergleich dieser Resultate bei dem erkrankten Ohr der Schwabach'sche Versuch genannt.

Das normale Ohr hört die Gabeln viel länger durch Luftleitung (L) als durch Knochenleitung (K) und L—K ist positiv (+) im normalen Ohr. Bei über fünfzig Jahre alten Personen ist nach den meisten Autoren die Knochenleitung verschwunden, aber nach Bezold nur im Verhältniss mit dem übrigen Gehör.

Die Bestimmung der unteren und oberen Tongrenze ist von grossem Werth, da es sicher festgestellt ist, dass der Leitungsapparat der Uebertragung der niedrigen Töne dient, welche verschwinden, wenn die Leitung gestört ist, und dass die hohen Töne nicht empfunden werden, wenn das Labyrinth affizirt ist. In den s. g. gemischten Fällen von combinirter Erkrankung des Mittelohres und Labyrinths werden Defecte an der unteren Tongrenze und Verlust der hohen Noten beobachtet.

Das vollkommenste Maass für das Gehör bildet die Sprache, besonders das Flüstern, da es alle möglichen Geräusche enthält. Die Vocale und Consonanten werden verschieden laut gehört und danach auch, wie folgt, eingetheilt: a, tiefe (r, u); b, mittlere (Explosivlaute b, k, t); c, hohe und starke (s, sch und g); d, hohe und schwache (f). L, m, n und h werden als tonborgende Geräusche am tiefsten empfunden.

Zur Untersuchung des Gehörs eignen sich die Zahlen am besten, worunter 100 häufig vermisst wird; ferner auch 9, 5, 4, 7 und 8. Die tiefe Zahl 100 wird häufig bei Krankheiten des Leitungsapparates beeinträchtigt, 8 bei der Sclerose, 5 bei acuten Eiterungen mit oder ohne Perforation, 9 bei nicht-complicirtem Verschluss der Eustachischen Trompete, wobei gewöhnlich „eun" wiederholt wird; bei Erkrankungen des Labyrinths fehlt häufig 7. Zahlen eignen sich auch für die Diagnose Stimulation.

Die Anwendung der Functionsprüfung mit der Stimmgabel auf die Diagnose von Erkrankung des schallleitenden Apparates geschieht folgendermassen:

Beim Weber'schen Versuch (der übrigens von geringerem Werth ist als Rinné's und Schwabach's) wird die c-Gabel im schlechteren Ohre am stärksten empfunden.

Rinné's Versuch fällt negativ aus. Die obere Tongrenze ist subnormal, aber erreicht noch 4.5 Galton. Eine Ausnahme dieser Ergebnisse des Rinné zeigt sich bei acuten Entzündungen mit oder ohne Exsudat, wenn derselbe häufig trotz beträchtlicher Abnahme des Gehörs positiv ist; und bei einseitigen Affectionen kann er negativ sein, obwohl der schallleitende Apparat unversehrt ist.

Characteristische Zeichen für die Anchylose des Steigbügels bilden: Verlängerung der Knochenleitung für tiefe Töne, ausgesprochen negativer Rinné und bedeutender Defect am unteren Ende der Scala für Luftleitung.

Bei Rupturen des Trommelfelles ist Rinné häufig positiv, aber verkürzt.

Bei Zusammenziehung des musc. pro tensore tympani rückt die untere Tongrenze aufwärts, nur die Stimmgabel c^1 wird verlängert gehört; Knochenleitung und obere Tongrenze bleiben unverändert.

Bei Affectionen der Eustachischen Trompete wird das vollständige, functionelle Bild der gehemmten Schallleitung beobachtet, wobei die Differenzialdiagnose auf der Gehörverbesserung durch Einblasung bis zu 6 Fuss für die Flüsterstimme beruht.

Bei Atrophie des Trommelfells und Ansammlung von Serum in der Paukenhöhle wird die Stimmgabel c^1 bei Weber's Versuch im schlechteren Ohre gehört. Bei Schwabach's Versuch ist die Knochenleitung verlängert,

der Rinné ist gewöhnlich negavtiv, aber auch ausnahmsweise positiv, und die obere Tongrenze ist etwas niedriger.

Diese Ergebnisse der Functionsprüfung werden durch die anderen Methoden controllirt und ergänzt.

123 Ost 62te Str.

Die Besichtigung der Speiseröhre und der Cardia.*)

Von

Dr. Max Einhorn, New York.

Bekanntlich ist seit vielen Jahren daran gearbeitet worden, die Speiseröhre besichtigen zu können. Die ersten Versuche, die in dieser Hinsicht gemacht worden sind, rühren von Störk[1] her, der ursprünglich mit einer Röhre oder einer Art Speculum in den Oesophagus hineinging und dann den Larynxspiegel in Anwendung brachte.

Aehnliche Versuche wurden von Waldenburg[2] und später von Mackenzie[3] gleichfalls angestellt.

Diese Methode erwies sich jedoch als ungenügend, weil man auf diese Weise nur eine Stelle sehen kann, aber nicht eine grössere Fläche. Mikulicz[4] war der Erste, dem es im Jahre 1881 gelang, eine gerade Röhre in den Oesophagus einzuführen und dann vermittelst reflectirten Lichtes direct hineinzusehen. Dieses Instrument, welches von Mikulicz herrührt, hat nun seitdem nur wenige unwesentliche Verbesserungen erfahren, sodass die ursprüngliche Methode auch jetzt noch zur Geltung kommt. Ausser Mikulicz hat sich besonders von Hacker[5] in Wien mit der Oesophagoscopie befasst, und ich möchte sagen, dass er sich beinahe ebensoviel Verdienste auf diesem Gebiete erworben hat, als Mikulicz selber. Von Hacker hat als Erster practisch die Oesophagoscopie in grossem Maassstabe ausgeführt; die werthvollen Arbeiten dieses Autors sind in den Jahrgängen 1889, 1894 und 1896 der Wiener Klinischen Wochenschrift niedergelegt. Th. Rosenheim[6] hat sich später gleichfalls mit der Oesophagoscopie beschäftigt und hat das Mikulicz'sche Instrument insofern modificirt, als er den Obturator in einen blinden Gummischlauch von etwa 2 Zoll Länge auslaufen liess (siehe Fig. 1. A.); das Ende des Oesophagoscops ist auf diese Weise biegsam und kann

*) Nach einem am 4. October 1897 vor der Deutschen Med. Gesellschaft von New York gehaltenen Vortrage.

nach Rosenheim leichter eingeführt werden. Ich glaube nicht, dass das Gummistückchen am Obturator von Bedeutung ist, wohl aber hat es den Nachtheil, dass eine gründliche Reinigung oder Desinficirung des Instruments dadurch erschwert wird. Ich habe aus diesem Grunde den Obturator so construirt, dass er zugleich durch eine Schraubenvorrichtung als Wattehälter dienen kann (Fig. 1. F.); umhüllt man das Ende des Obturators mit Watte, schraubt zu und führt ihn in den Tubus ein, so wird dadurch die untere Tubusöffnung schön abgerundet geschlossen (Fig. 1. G.). Bei jedem Gebrauch des Instruments wird ein neues Stückchen Watte genommen.

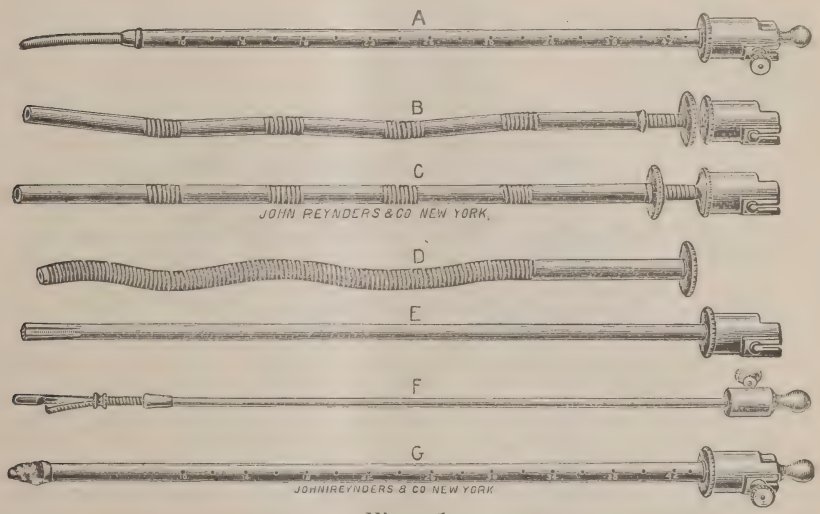
Die Modificationen des Oesophagoscops betreffend, ist von verschiedenen Seiten versucht worden, eine Röhre zu construiren, die beim Einführen in die Speiseröhre gekrümmt werden kann, die aber nachher durch eine gewisse Vorrichtung gerade gemacht werden könnte; dies hätte den Vortheil, dass ein nachgiebiges Instrument sich leichter einführen liesse. Ich habe mich auch mit dieser Angelegenheit viel abgegeben und seit einem Jahre solche Versuche gemacht. Herr Reynders hat für mich mehrere derartige Oesophagoscope, die gekrümmt eingeführt werden und nachher gerade gemacht werden, construirt. Ich erlaube mir, Ihnen hier diese Instrumente vorzuzeigen, will aber bemerken, dass dieselben nicht so ganz gut sind, wie die einfachen steifen Oesophagoscope, weil das Geradernachen häufig nicht absolut genau ist. Hier ist ein spiralenförmiges Instrument, welches durch Einschieben eines unbiegsamen Obturators gerade gemacht wird (Fig. 1. D. und E.); da ist ein anderes, welches durch Drähte und Schraubenvorrichtung nach Belieben biegsame oder gerade gemacht werden kann. (Fig. 1. B. C.).

Dr. Kelling der sich auch nächst Rosenheim um die Oesophagoscopie verdient gemacht hat, berichtet soeben in der Münch. med. Wochenschrift, dass es ihm gelungen sei, ein gegliedertes Oesophagoscop herzustellen, welches gerade gemacht werden kann.

Vielleicht arbeitet das Kelling'sche Instrument besser, als meine zwei von Reynders construirten; ich, für meinen Theil, habe jedoch weitere Versuche nach dieser Richtung aufgegeben, weil es in Wirklichkeit keine besondere Schwierigkeit macht, ein gerades Rohr in den Oesophagus hineinzubringen. Hat man eine biegsame Röhre, so muss dieselbe, wenn man hinein sehen

will, später doch gerade gemacht werden; wenn der Oesophagus nun so liegen sollte, dass ein gerades Rohr nicht hinein geht, so wird man auch ein biegsames Instrument nicht gerade machen können, ohne eventuell eine Verletzung zu verursachen. Insofern halte ich alle diese Modificationen nicht für wesentlich und glaube, dass man sich des ursprünglichen Instruments von Mikulicz und von Hacker bedienen kann.

Es ist von Rosenheim und von Hacker gerathen worden, dass man den Pharynx eventuell cocainisiren (Kelling ge-



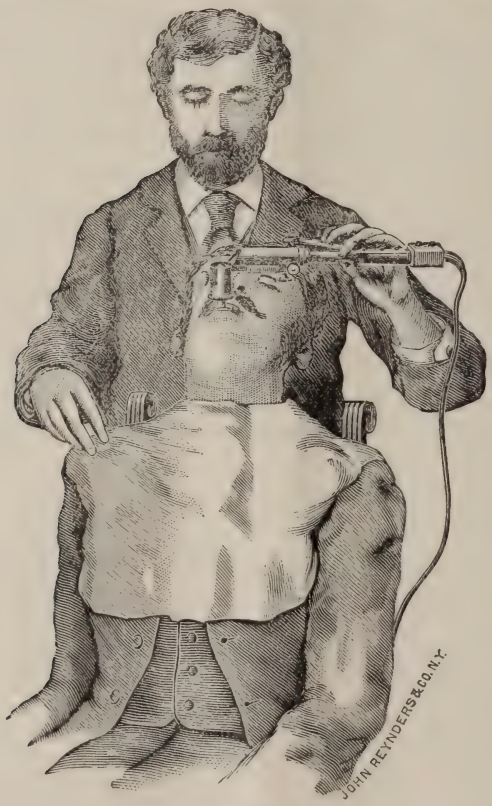
Figur 1.

Mikulicz's Oesophagoscop und dessen Modificationen.
A. Rosenheim's Modification.
B, C und D, E biegsame Oesophagoscope.
F Obturator mit Einrichtung zur Watteumwickelung.
G das Oesophagoscop und Obturator F darin.

braucht sogar in vielen Fällen die Chloroform-Aether-Narcose) und die Untersuchung in der Rückenlage des Patienten vornehmen soll. Meiner Ansicht nach erleichtert das Liegen den Modus operandi nicht wesentlich; ich ösophagoscopire gewöhnlich Patienten im Sitzen; der Kopf des zu Untersuchenden muss allerdings ziemlich stark nach hinten gerichtet sein (siehe beistehende Photographie, deren Ausführung ich Herrn Dr. Carl Goldmark verdanke Fig. 2). Eine Chloroformäther-Narcose wird sich wohl nur in den allerseltensten Fällen als nöthig erweisen; auch von einer Cocainisirung des Rachens

wird man in den meisten Fällen absehen können; wenigstens habe ich dieselbe in meinen Fällen nicht für nöthig gefunden. (Vortragender demonstrirt an zwei Patienten die Vornahme der Oesophagoscopie.)

Ich halte die Ausführung der Oesophagoscopie nicht für sehr schwierig; in allen Fällen, wo ich die Einführung des



Figur 2.

Photographie eines Patientten während der ösophagoscopischen Untersuchung; nachdem das Oesophagoscop eingeführt ist, wird das Panelectroscop damit verbunden, und nun ist man im Stande, in die Speiseröhre hineinzusehen; zieht man das Instrument langsam heraus, so kann man den ganzen Oesophagus schrittweise besichtigen.

Oesophagoscopes versucht habe, ist mir dieselbe gelungen; — selbstverständlich stösst man zuweilen auf Patienten, die sich mit dem Oesophagoscop nicht untersuchen lassen wollen.

In Bezug auf den Werth der Oesophagoscopie muss ich sagen, dass derselbe diagnostisch wie therapeutisch von grösstem Belang ist. Ich selber habe schon bei der verhältniss-

mässig geringen Erfahrung, die ich auf diesem Gebiete gesammelt, Fälle gehabt, in denen man durch die Oesophagoscopie die Diagnose auf eine Neubildung leichter stellen konnte. So habe ich letzthin einen Patienten mit Dysphagie untersucht, bei dem man an der Cardia Stellen sehen konnte, die stark geröthet und mit weissem Gewebe durchsetzt waren; dieses imponirte sofort als etwas Fremdartiges, als ein Gewebe, das nicht dahin gehörte. — Sonst sieht die Cardia röthlich aus, während der Oesophagus weisslich grau aussieht. — In einem anderen Fall, bei dem gleichfalls Verdacht auf Carcinom bestand, konnte man an der Cardia nichts Abnormes sehen; aber anstatt oberhalb der Cardia die Oesophagusschleimhaut zu sehen, hatte man plötzlich einen leeren Raum vor sich, sodass man die Diagnose auf Dilatatio Oesophagi ohne Strictur stellen musste. Diese Diagnose hat auch aus anderen Umständen gemacht werden müssen, und ein Carcinom der Cardia war jedenfalls auf Grund der Oesophagoscopie ausgeschlossen.

Man muss folgenden Bemerkungen von Hacker's in Bezug auf die Oesophagoscopie vollkommen beistimmen:*)

„Die bisher vorliegenden Erfahrungen über die Verwerthbarkeit der Oesophagoscopie sind noch mancher Erweiterung, und das Verfahren selbst noch gewisser Verbesserungen fähig. Durch die Oesophagoscopie ist aber das Wissen über Aussehen und physiologisches Verhalten des bisher dem Auge nicht zugänglich gewesenen Oesophagusinneren, sowie die Erkenntniss von Krankheitserscheinungen und deren Verlauf an diesem Organe wesentlich gefördert worden. . . . Sicher ist, dass dasselbe schon jetzt für das frühe Erkennen oder für das Ausschliessen eines Carcinoms der Speiseröhre oder der Cardia, sowie für den Nachweis des Vorhandenseins von Fremdkörpern in der gesunden und kranken Speiseröhre, sowie für die rasche und schonende Entfernung solcher Körper ohne blutige Operation, also in diagnostischer und therapeutischer Beziehung von der grössten Wichtigkeit ist."

Zum Schluss möchte ich hervorheben, dass man diagnostisch wie therapeutisch gewiss viele Erfolge mit der Oesophagoscopie erzielen wird, und ich glaube entschieden, dass die Methode sich einbürgern wird. Es wird vielleicht noch einige Zeit dauern, aber es unterliegt keinem Zweifel, dass das Oesophagoscop ein stehendes Instrument in der Medicin bleiben wird.

*) v. Hacker: Wiener Kl. W., 1894, No. 50, p. 948

Litteratur.

1. Störk: Die Untersuchung des Oesophagus mit dem Kehlkopfspiegel. Wiener med. Wochenschr. 1881, No. 8.
2. L. Waldenburg: Berl. Klin. Wochenschr. 1870, No. 48, p. 578.
3. Morell Mackenzie: Dieseases of the Throat and Nose. II. 1884, p. 31.
4. Mikulicz: Ueber Gastroscopie und Oesophagoscopie. Wiener med. Presse 1881, No. 45, 4 6,47, 48, 49, 50, 52.
5. Von Hacker: Wiener klin. Wochenschr. 1889, No. 23, p. 469; 1894, No. 49 und 50; 1896, No. 6 und 7.
6. Rosenheim: Deutsche med. Wochenschr. 1895, No. 50; Berl. klin. Wochenschr. 1896, No. 13, 14, 15.
7. George Kelling: Boas' Arch. f. Verdauungskrank., II. Bd., p. 321 und 490; München. med. Wochenschr. 1897, No. 34.

Ein neues Impfschild.

Von

Dr. A. Seibert,

Professor der Kinderheilkunde, New York Polyclinik.

Wenn beim Impfen der Arm eines Kindes mit zwei oder drei neuen Nähnadeln, deren Spitzen durch Erhitzen über einer Flamme sterilisirt wurden, scarificirt wird, nachdem zuvor die einzuimpfende Haut mittelst gekochten Seifenwassers und absorbent Cotton gereinigt wurde, so wird sich die Pustel ohne Nebeninfection entwickeln. Aseptisches Impfen schliesst aber spätere Infection der offenen Wunde nicht aus. Das aus der, ihrer natürlichen Bedeckung beraubten, Hautfläche aussickernde Serum, gerinnt zwar rasch genug binnen einer Stunde, und bildet so, wenn unberührt gelassen, einen Schutz für die Wunde, welcher darauffallende Bacterien fernhalten kann; jedoch bedarf dieses Gerinnsel wiederum eines künstlichen Schutzes, um seine Entfernung durch Kratzen oder Stoss bei Nacht wie bei Tag zu verhindern, und zu diesem Zweck sind Impfschilder seit Jahren im Gebrauch.

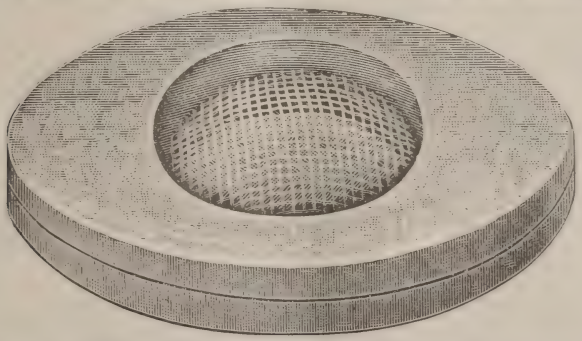
Die bisher gebräuchlichen Impfschilder bestanden, (so weit mir bekannt) entweder aus einer Drahtmaske, welche mit Bändern an den Arm des Kindes festgebunden wurde, oder aus einer ovalen Filzscheibe, welche in der Mitte eine runde Oeffnung hat, und welche mittelst Gummi arabicum auf die Haut geklebt wurde. Wird nun eine Drahtmaske ober- und unterhalb der Impfstelle fest an den Arm gebunden, so, dass etwaiges Rutschen ausgeschlossen ist, so müssen die Circulation des Blutes und die Behaglichkeit des Kindes durch den

Druck beeinträchtigt werden; wird aber solche Maske lose aufgebunden, so drohen bei jeder Bewegung die Kanten durch Reibung die Wunde aufzuscheuern und secundärer Infection den Weg zu bahnen. Die durchlöcherten Filzplättchen bleiben allerdings stationär, verhindern aber keineswegs die Möglichkeit des Kratzens und anderer Insulte.

In diesem Impfschild sind die nützlichen Eigenschaften obiger Schilder, nämlich festes Anhaften und genügender Schutz für die Impfstelle, erhalten, während die erwähnten Fehler wegfallen. So ist dieses Schild in Wirklichkeit keine neue Erfindung, sondern nur eine vereinigende Verbesserung der älteren. Durch das Aufkleben von zwei durchlöcherten Filzplatten aufeinander, und durch Anbringen eines convexen Drahtsiebes zwischen denselben und über der Mittelöffnung, erhält man bequemen, unschädlichen und genügenden Schutz der Impfstelle.

Bei sehr lebhaften Kindern empfiehlt es sich, die zwei Enden des Schildes, mittelst schmaler Heftpflasterstreifen halb um den Arm geklebt, noch besonders zu befestigen.

Dieses Schild sollte sofort nach dem Impfen aufgeklebt werden, weil das ausgetretene Serum unter dem Drahtgitter ohne Störung gerinnen kann, und so die Gefahr des Contactes mit



unreinen Flächen vor dieser Gerinnung vollständig vermieden wird.

Gebrauchsanweisung: Man entferne das Schutztuch, erweiche die gummirte Fläche durch trockene Hitze (Ofen, Lampe etc.), und klebe das Schild sofort nach dem Impfact an die richtige Stelle.

Das Schild ist unter dem Namen „Manhattan Vaccination Shield“ bei W. Eisen, 413 Eighth Ave., zu haben.

114 E. 57 Str.

Referate und Kritiken.

Grundzüge der Augenheilkunde. Von Dr. J. Stilling, Professor an der Universität Strassburg. Wien und Leipzig. Urban und Schwarzenberg 1897.

Das vorliegende Lehrbuch beweist uns in erster Linie die Unrichtigkeit der Behauptung, wir hätten schon zu viele Lehrbücher der Augenheilkunde. Sobald ein selbständig denkender und selbständig arbeitender Gelehrter die Resultate einer so reichen äusseren und inneren Erfahrung in ein Buch niedergelegt, wird er immer sicher sein, seine Leser zu finden. Und Stillings Buch wird sicher viel gelesen werden. Dass man durchaus nicht mit all' seinen Lehren einverstanden sein wird, ändert nichts an seinem Werth, denn von den Menschen und den Büchern sind durchaus nicht das unsere liebsten Freunde, deren Ideen sich am vollständigsten mit den unseren decken.

Selbstverständlich finden wir im Capitel über Refractionsanomalien die Stilling'sche Myopietheorie ausführlich wiedergegeben. Nach Stilling entsteht die gewöhnliche Myopie unter dem anstrengenden Gebrauch des Auges beim Nahesehen, und zwar durch Muskeldruck, durch welchen die Form des in seinem Wachsthum sich befindenden Organs bestimmt wird. Die Richtung des Gesammtmuskeldrucks wird durch den Verlauf des Obliquus superior bestimmt. Da aber der Verlauf dieses Muskels von der Lage der Trochlea, diese von der Höhe der Orbita und endlich die Höhe der Orbita von der Schädelform abhängt, so baut Stilling darauf seine Theorie, nach welcher die eigentliche Anlage zur Myopie im Augenhöhlen- und somit im Schädelbau liege. Damit erklärt er nicht nur die Erblichkeit der M. innerhalb der Familie, sondern auch ihre verschiedene Verbreitung in verschiedenen Volkstämmen. In Süddeutschland, besonders in Baden, Bayern und Würtemberg, ist der breitsichtige Typus der vorherrschende, in England, Nordamerika, der langsichtige. Daher die Verschiedenheit in der Zahl der Myopen in diesen Ländern. — Auch die Veränderung des Augenhintergrundsbildes, in der Form des Conus, der bekannten weissen Sichel, führt Stilling auf eine Verziehung der Wand des Scleralcanals durch Muskelzug zurück. Die Erklärung ist also eine rein anatomische und die alte Auffassung derselben als eine Sclerotico-Chorioiditis ist eine unrichtige.

Auch der allgemeinen Annahme, dass das normale Auge beim Sehen in grosse Entfernung in vollständiger Ruhe sich befinde und nur beim Fixiren auf Gegenstände, die innerhalb seines Fernpunktes liegen, accommodire, hält Stilling Zweifel entgegen. Schon die alte Physiologie glaubte an eine negative Accommodation für die Ferne, eine positive für die Nähe. Stilling möchte diese Anschauung nicht so ganz verwerfen, und erwähnt mehrere Thatsachen, die für sie sprechen: Sehen in die Ferne erfordert fühlbare Anstrengung; die Raubvögel haben ihren mächtigen Accommodationsapparat sicherlich nicht für das Sehen in die Nähe; bei stark myopischen Augen finden wir einen stark hypertrophischen Ciliarmuskel (und zwar gerade in seinen meridional verlaufenden Fasern), obgleich diese Augen die Acc. für die Nähe kaum brauchen.

Natürlich werden diese Theorien manchen Widerspruch und manche Einwendung herausfordern, allein das verleiht ja diesem Buche einen eigenthümlichen Reiz, dass ein jedes Capitel der prägnante Ausdruck eines mit gewandter Dialectik seine eigenen Anschauungen rücksichtslos vertretenden Denkers ist. Mancher Schulgelehrte wird wohl mit gelindem Entsetzen lesen, was Stilling Seite 87 über die Brillenbestimmungen sagt: „Das Wesentliche einer ophthalmoscopischen Refractionsbestimmung besteht darin, dass man rasch über die Natur der Anomalie klar wird, ohne dass auf die Bestimmung des Grades viel ankommt. Schliesslich ist man doch genöthigt, dem Patienten dasjenige Glas zu geben, mit dem er am besten sieht. Ein erfahrener Augenarzt verfährt im Grunde nicht anders als der Optiker, der rein empirisch seine Gläser aussucht, nur mit dem Unterschiede, dass der Augenarzt sich Rechenschaft davon gibt."

Wie sehr Stilling von der gewöhnlichen Schablone eines Lehrbuches abweicht, zeigt sich besonders in seinen zahlreichen eingestreuten philosophischen Bemerkungen; wo er von der räumlichen Erkenntniss, vermittelst des Sehvermögens, sowie der Farbenlehre abhandelt, unternimmt er schon eigentliche philosophische Excursionen mit seinem Leser. Nach ihm spukt in den Köpfen noch trotz allem dogmatischen Materialisums zu sehr die alte „spiritualistische Vorstellung von der Psyche, die, wie ein Telegraphenbeamter, irgendwo im Gehirn sitzt, um die erhaltenen sinnlichen Eindrücke in ihre Sprache zu übersetzen." Der ursächliche Zusammenhang zwischen den körperlichen und seelischen Vorgängen ist transcendent, das heisst, liegt ausser dem Bereich der Möglichkeit unseres Erkennens. An Hand der von Kant aufgesteliten und von Albrecht Krause ausgearbeiteten Erkenntnisstheorie spricht Stilling in geistreicher Weise über die uns a priore gegebenen Formen unseres Anschauungs- und Empfindungsvermögens. „Da nun Raum und Zeit die allgemeinen Formen sind, unter denen die Welt erkannt werden kann, der Mensch aber selbst mit zu dieser äusseren anschaulichen Welt gehört, so zerfällt auch er selbst in Subject und Object, in Erkennendes und Erkanntes." — „Unsere geistige Thätigkeit, im Empfindungs-, Anschauungs- und Denkvermögen zusammengefasst, ist psychisch innere Erscheinung in der Form der Zeit, im Raume dagegen erscheint sie als Gehirn mit Sinnesorganen sammt den physiologischen Vorgängen darin. Dies gilt im Einzelnen wie im Ganzen. So ist eine Licht- oder Farbenempfindung psychisch eine innere Erscheinung, die als solche keines Raums, sondern nur Zeit bedarf, in ihren Eigenthümlichkeiten nur dem urtheilenden Subject bekannt und einheitlich, untheilbar ist. Als äussere Erscheinung, physiologisch betrachtet, hingegen, ist sie räumlich und daher theilbar, sie setzt sich zusammen aus Aetherschwingungen im Auge, aus electrochemischen Processen in der Retina, dem Sehnerven und den zugehörigen centralen Gehirntheilen." — „Wir müssen uns mit der Thatsache abfinden, dass eine jede innere seelische Erscheinung ein ganz bestimmtes physiologisches Correlat in der äusseren Anschauung hat, allein wir können nicht eines durch das andere erklären, da der Zusammenhang nicht mehr innerhalb der Grenzen unserer Erkenntniss gelegen (also transcendental) ist."

Es gibt so viele Modematerialisten, die wähnen, mit der Entdeckung der Spermatozoen sei das Geheimniss des Werdens, und mit derjenigen der Gehirnlocalisationen das Räthsel des Denkens gelöst. In Wirklichkeit sind wir damit der letzten Wahrheit und dem letzten Erkennen gerade soviel näher gerückt, wie ein Luftschiffer der Sonne, wenn er einige lumpige Tausend Meter über der Erdoberfläche schwebt. Da ist es zu begrüssen, wenn zuweilen wieder von berufener Seite ein Ignorabimus, oder wenigstens ein Ignoramus, ertönt, welches uns an die Bescheidenheit unseres Wissens erinnert.

Das Stilling'sche Buch ist kein ABCBuch für die Augenheilkunde, sondern wohl eher für denjenigen berechnet, welcher sich schon in die Anfangsgründen derselben hineingearbeitet hat. Für diesen wird es aber eine Fülle der Anregung bieten; es ist ein Genuss, mit dem Verfasser in Gedanken zu discutiren. — Die Ausstattung und Illustrationen sind vorzüglich. Michel.

Specielle Pathologie und Therapie. Herausgegeben von Hofrath Prof. Dr. Hermann Nothnagel. V. Band, V. Theil. Zoonosen. Wien. Alfred Hölder 1897.

Der vor uns liegende 5te Theil des 5ten Bandes der speciellen Pathologie und Therapie, Zoonosen, umfasst zwei Abtheilungen. Die erste Abtheilung bearbeitet von Prof. Dr. F. v. Koranyi enthält Milzbrand, Rotz, Actinomykosis und Maul- und Klauenseuche. Die zweite, grössere Abtheilung, welche Prof. Dr. A. Högyes übernommen hat, wird ganz von der Lyssa ausgefüllt. Ohne auf Einzelheiten näher einzugehen, beschreibt Koranyi alles Wissenswerthe über die beim Menschen glücklicherweise nicht zu häufigen Erkrankungen des Milzbrandes, des Rotzes, der Strahlenpilzkrankheit und der Maul- und Klauenseuche. Er fängt jedes Capitel mit einer kurzen geschichtlichen Darstellung an, welcher dann die Morphologie, Aetiologie, pathologische Anatomie, Symptome, Diagnose, Prognose und Therapie folgen. Am Schlusse der verschiedenen Capitel findet man ein Literaturverzeichniss. Dieser Abtheilung sind sechs sorgfältig ausgeführte Tafeln beigegeben.

Die zweite Abtheilung über Lyssa darf als eine vollkommen erschöpfende Darstellung dieser Erkrankung hingestellt werden. Högyes hat die umfangreiche Literatur des Gegenstandes gründlich bearbeitet und kann man sich über irgend einen Theil dieser Frage genau orientiren. Die Aetiologie, Pathogenese, Pathologie, Diagnose, Prognose und Therapie werden ausführlich behandelt. In dem umfangreichen Capitel über Pathologie der Wuthkrankheit beschreibt er erst die experimentelle, sodann die klinische Pathologie in eingehender Weise, wie folgende Unterabtheilungen beweisen: Künstliche Erzeugung der Lyssa bei Thieren; Erscheinungen der künstlich erzeugten Wuth bei Thieren; anatomische, histologische und chemische Veränderungen bei wuthkranken Thieren; Virulenz der Gewebe und Säfte wuthkranker Thiere; Localisation des Wuthvirus; Wesen des Infectionsstoffes der Lyssa; bacteriologisches über die Wuthkrankheit; Verbreitungsart des Wuthvirus von der Infectionsstelle; Mechanismus des Infectionspro-

cesses und Theorie der Wirkung des Virus. Ferner der Wuthinfectionsprocess beim Menschen; Symptomatologie der menschlichen Wuth; anatomische, histologische und chemische Veränderungen bei der Wuthkrankheit des Menschen und Erklärung der Wutherscheinungen beim Menschen. Die in normalen Grenzen (20—60 Tage) schwankende verschiedene Dauer der Incubation findet ihre Erklärung einestheils darin, dass bei den verschiedenen Bissen der Infectionsstoff in sehr verschiedenen Mengen in die Wunde gelangt, anderntheils aber auch darin, dass bei Bissen an verschiedenen Stellen der Nervenweg zwischen der Infectionsstelle und dem Centrum ein verschieden langer ist und auch die zum Weiterführen des Virus dienenden Nerven in verschiedener Anzahl vorhanden sind. Die langen, Monate, oft auch Jahre dauernden Incubationen sind nicht so leicht verständlich, doch könnte man annehmen, dass das centrale Nervensystem des betreffenden Individuums zur Zeit der normalen Incubationsdauer dem Wuthvirus gegenüber unempfänglich ist, später aber empfänglicher wird, und nun können sich die bisher schleichend gedeihenden Microben rasch vermehren und im Nervensystem verbreiten.

Das am Ende des Werkes beigegebene Literaturverzeichniss fängt mit dem Jahre 1886 an, welches Jahr den Wendepunkt in der modernen Literatur der Lyssa bildet, und dürfte wohl von da an als ein Vollständiges bezeichnet werden. L. H.

Mittheilungen aus den Hamburgischen Staatskrankenanstalten. Herausgegeben von Prof. Dr. Lenhartz, Dir. des Alten Allg. Krankenh., Prof. Dr. Rumpf, Dir. des Neuen Allg. Krankenh., sowie den Aerzten der Anstalten unter Redaction von Prof. Rumpf in Hamburg-Eppendorf. Verlag von Leopold Voss in Hamburg. Bd. 1, Heft 1—3.

Die Hamburger Mittheilungen haben sich schon lange eine hervorragende Stellung in der currenten medicinischen Litteratur erobert. Wenn sie aber bisher nur alle zwei Jahre in der Form eines Doppelbandes erschienen, so war damit der Uebelstand verknüpft, dass der Werth mancher Arbeit beeinträchtigt wurde, indem zwischen die Zeit ihres Entstehens und der Veröffentlichung neue Untersuchungen fielen und dieselbe so an Vollständigkeit und selbst an Originalität einbüsste. Es ist deshalb zu begrüssen, dass die Mittheilungen jetzt in zwanglosen Heften erscheinen, die allerdings in ein bis zwei Jahren zu einem Band vereinigt werden sollen. Der Name Heft sagt eigentlich fast zu wenig, denn von den bisher erschienenen 3 Heften präsentirt sich fast jedes einzelne, besonders das dritte, als ein ganz stattlicher Band. Jedes, der im übrigen vortrefflich ausgestatteten Hefte, bildet auch für sich ein abgeschlossenes Ganzes, sodass, auch wer nicht für die ganze Serie abonniren will, mit der Anschaffung eines einzelnen Heftes, dessen Stoff für ihn besonderes Interesse bietet, keinen Fehltritt thut.

Es ist natürlich nicht möglich, hier über jede der einzelnen Arbeiten, welche dem Gebiet der Chirurgie, der internen Medicin, der Haut- und Geschlechtskrankheiten entnommen sind, einzeln zu referiren und wir müssen uns bei der Mehrzahl auf die Titelangabe beschränken. —

Das erste Heft beginnt mit einem Nachruf auf den verstorbenen früheren Oberarzt Dr. Carl Eisenlohr aus der Feder seines Schülers Dr. Nonne. Den Reigen der wissenschaftlichen Mittheilungen eröffnen Rumpf und Bieling, welche die Ergebnisse der Diphtheriebehandlung mit dem Behring'schen Heilserum in dem neuen Krankenhause statistisch beleuchten. Die Resultate decken sich mit den von Ganghofner, Baginsky und anderen Anhängern der Methode gefundenen; wesentlich geringere Gesammtmortalität, Heruntergang der Mortalität der Trachaeotomirten (auf 29,5 Procent); je früher die Einspritzung, je besser das Resultat; Temperatur, Nachkrankheiten, septische Fälle nicht (aber auch nicht ungünstig) beeinflusst; schwere ungünstige Nebenwirkungen wurden nicht beobachtet. — Unter dem Titel „Carcinome in den ersten beiden Lebensdecennien" berichtet Dr. de la Camp über 4 Fälle: 1. 19-jährige Patientin mit grossalveolärem Carcinom, ausgehend vom rechten Ovarium, geheilt durch Operation; 2. 17-jähriger Comptoirbursche, im ganzen ca. 10 Wochen krank (ausstrahlende Schmerzen in der unteren Brust- und Bauchgegend, Macies progressiva, intermittirendes Fieber, kein Blut- oder Kaffeesatzerbrechen, zu Lebzeiten ein harter Strang palpabel in der Magengegend. Der Sectionsbefund ergab grossalveoläres, von der Magenschleimhaut ausgehendes Carcinom mit Metastasen in den Mesenterial- und Retroperitonealdrüsen, sowie Leber und Pleura. 3. 16-jähriger Schneiderlehrling mit epithelialem Pyloruscarcinom. 4. 16-jähriger Cigarrenarbeiter mit kleinalveolärem Dickdarmkrebs und massenhaften Metastasen im Zwerchfell und in der Leber. Zum Schluss stellt de Camp einige Carcinomstatistiken zusammen, welche ergeben, dass unter 9906 oder rund 10,000 Carcinomen und (wenn nach dem mittleren Verhältniss der Sectionsstatistiken auf 17 Sectionen 1 Carcinom zu rechnen ist) unter 170,000 Sectionen nur 19 Carcinome unter 20 Jahren beobachtet wurden. Die weiteren Arbeiten des ersten Heftes sind: Ueber einen tödtlich verlaufenen Fall von Myoma ventriculi, von Dr. Kemke; Ueber multiple narbige Dünndarmstricturen, von Dr. Eugen Fraenkel; Ein Beitrag zur klinischen Symptomatologie der Hirnsinusthrombose, von Dr. Nonne; zur Casuistik später Folgen verschluckter Fremdkörper, von Dr. Graff; Ueber primäre, durch Ureter- und Nierenbeckenstricturen bedingte Hydronephorsen, von Dr. Sudeck.

Das zweite Heft enthält: Die Anwendung des permanenten Wasserbades, im neuen Allgemeinen Krankenhause zu Hamburg-Eppendorf, von Dr. Zuschlag; Ein Fall von congenitalem Defect des Fusses, von Dr. Janz; Chirurgische Erfahrungen über Gallensteinerkrakungen und ihre Behandlung durch die ideale extraperitoneale Operationsmethode. (Die Methode besteht in Umnähung der Gallenblase mit Peritoneum, Eröffnung derselben, Entleerung der Steine und des sonstigen Inhalts, nachfolgender Naht der Gallenblase, sowie der Bauchdecken), von Dr. Kümmell; Ein Fall von multiplem Muskelechinococcus, von Dr. Scholtz; Ueber den Prolaps der weiblichen Urethra, von Dr. Scholtz; Zur chirurgischen Behandlung der Kleinhirntumoren, von Dr. Janz; Ein casuistischer Beitrag zur Frage der activen und passiven Diphtherieimmunität, von Dr. Bertelsmann; Ueber die Behandlung

der Oberschenkelbrüche mit Gehverbänden, von Dr. Graff. (Verfasser verfügt über 10 Fälle. Er betrachtet die Erweiterung der Gehgipsverbände auf die Oberschenkelbrüche für einen segensreichen Fortschritt. Er beschränkt die Indication auf Fälle mit geringer Dislocation und Schwellung, findet sie contraindicirt bei Kniegelenksergüssen, starken Suggillationen der Haut und der Unterhautzellgewebe und hält überhaupt für die meisten Fälle eine vorbereitende Behandlung mit Streckverbänden von mehrtägiger Dauer für angebracht.) Ein Fall von Distoma hämatobium Bilharzii der Blasenwand, von Dr. Meinecke; Beiträge zur Lehre von der Endocarditis, von Dr. Flockemann. (Verfasser fasst pag. 239 seine Ausführungen in folgenden Sätzen zusammen: Es gibt keinen einheitlichen Gesichtspunkt, nach dem man die Endocarditis eintheilen kann, und die Unterscheidung einer fibrösen, verrucösen und ulcerösen Form ist nur ein Nothbehelf. Eine nichtbacteritische Grundlage hat die fibröse, sclerosirende Endocarditis, vielleicht auch ein Theil der verrucösen Formen (productiv granulirende E. Orth). Der andere Theil der verrucösen und alle ulcerösen Endocarditiden sind auf Bacterienwirkung zurückzuführen; den Schluss des Heftes bilden Seltenere Fracturen in Röntgen'scher Beleuchtung von Dr. Gocht, mit 10 Abbildungen im Text.

Sehr reichhaltig, wie schon angedeutet, ist das dritte Heft. (Pag. 253—495.) Im ersten Aufsatz „Pocken oder Windpocken" gibt Prof. Lenhartz zunächst die ausführliche Beschreibung von 8 Fällen, in denen die Differentialdiagnose zwischen Variola und Varicella die allergrössten Schwierigkeiten bot; ja Lenhartz spricht sich dahin aus, dass die „Deutung der Einzelfälle gelegentlich der Willkür überlassen bleiben kann." Alle Versuche, aus dem Exanthem differentialdiagnostische Zeichen zu gewinnen, sind als durchaus trügerisch abzulehnen und er citirt das Zeugniss Jürgensens, der ausdrücklich erklärt, dass „das Bestreben, die Varicellen auch morphologisch von der Variola zu trennen, mehr als es die Thatsachen erlauben, die Feder geführt hat." Wenn ferner Jürgensen, Thomas, sowie die Mehrzahl der massgebenden Autoren die Ansicht vertreten, dass die varicellenähnlichen Ausschläge Erwachsener stets Pocken seien, so hofft Lenhartz, dass die Bacteriologie mit der Zeit im Stande sein wird, diese Frage einwandsfrei zu entscheiden. — Sehr interessant ist der von Lochte beschriebene Fall von „Allgemeiner Gefässneurose mit peripherer Gangrän (Asphyxie locale symmétrique — Raynaud'sche Krankheit). Im Anschluss an einen Gemüthsaffect entwickelte sich bei dem Patienten an den Endphalangen der Finger Abschälung der Epidermis, an verschiedenen Stellen kam es sogar zu einer peripheren Necrose. Besonders bemerkenswerth im vorliegenden Fall war die feinfleckige Marmorirung der Haut eines grossen Theils der Körperoberfläche. — Auch die nächsten Arbeiten sind casuistische Mittheilungen seltener Krankheitsformen: Schottmüller, Ueber einen Fall von Lungenmilzbrand; Küstermann, Ueber einen Fall der acuten cardialen Form von Beri-Beri, bei welchem die Section als Hauptbefund eine starke Degeneration der beiden Vagi in der Höhe der Carotis communis, sowie ausgeprägte Entzündung der beiden Vaguskerne auf dem Boden des

vierten Ventrikels ergab. Auch in einigen peripheren Rückenmarksnerven wurden degenerirte Nervenfasern gefunden. — Ringel beschreibt einen Fall von Varicenbildung in der Magenschleimhaut und Simmonds, Prosector des pathol. Anatom. Instituts, theilt die Resultate der Untersuchungen von 300 Gypsabgüssen der Trachea mit. Um das Referat nicht zu lang werden zu lassen, müssen wir uns auch hier auf die blosse Titelangabe der weiteren Arbeiten beschränken: Ueber acute primäre Polymyositis, von Dr. Jollasse; Ein Beitrag zur pathologischen Anatomie des Pancreas bei Diabetes mellitus, von Dr. Wille; Pathologisch-anatomische Untersuchungen über die Eclampsia puerperalis, von Dr. Kier; Ein Fall von Stichverletzung des Zwerchfells, von Dr. Kayser; Acuter Darmwandbruch der Linea alba, von Dr. Mohr; Die Aspirationsbehandlung der Leistenbubonen, von Dr. Hahn; Ueber ein Fall von Syphilis hereditaria, combinirt mit einem durch den Staphylococcus pyogenes aureus hervorgerufenen acuten Pemphigus gangränosus, von Dr. Manchot; Ein Fall von Primäraffect am Zahnfleisch, von Dr. Werner; Ein Fall von tertiärer Sclerose, von Dr. Deycke; Ueber die Augenerkrankungen in der Frühperiode der Syphilis, von Dr. Wilbrand und Dr. Staelin; Ueber Neuritis puerperalis, von Dr. Saenger. Michel.

Die Erkrankungen der Nase, deren Nebenhöhlen und des Nasenrachenraumes. Von Dr. Carl Rosenthal. Zweite Auflage. Berlin, Aug. Hirschwald 1897.

Dieses, wie sich der Autor ausdrückt, für den praktischen Arzt geschriebene, kurz gefasste Lehrbuch enthält Alles, was man gemäss seiner Tendenz von ihm erwarten kann. Es ist keine Krankheitsform übergangen, die einzelnen Theile folgen sich in naturgemässer Ordnung, und ist den einzelnen Affectionen ihrer Dignität gemäss der richtige Raum zugetheilt. Besonders lobenswerth ist, dass den Hauterkrankungen der Nase, die in den meisten Lehrbüchern ziemlich stiefmütterlich behandelt werden, eine besondere Beachtung gschenkt wird.

Es ist bei der Veranlagung des Buches kaum zu erwarten, dass es ein ausführliches Resumé der Pathologie oder sämmtlicher therapeutischer Massnahmen giebt. Doch findet man bei genauer Durchlesung, dass manche neue, und wie es scheint, berechtigte Anschauungen unberücksichtigt, manche guteingebürgerte therapeutische Eingriffe unerwähnt geblieben sind. Um nur zwei Beispiele anzuführen, so liest man unter der Pathogenese der Rhinitis chronica atrophicans: „Vermuthlich ist eine Hauptursache der Entstehung der atrophischen Rhinitis eine Ernährungsstörung, welche letztere durch die verringerte Blutzufuhr bedingt wird.“ Der Grund dieser Ernährungsstörung ist aber für die richtige Auffassung der Entstehung der Krankheit das wichtigste, und datiren Untersuchungen in dieser Richtung schon von dem Jahr 1881 her. Eine überwiegende Anzahl von Autoren haben sich den damals ausgesprochenen Ansichten angeschlossen und finden jetzt die Ernährungsstörung in fettigen Degenerationen der Drüsenepithelien mit consecutiver Atrophie der Drüsen und deren Folgezuständen.

Ein anderes Versehen, was weniger zu entschuldigen ist, ist, dass

bei der Behandlung der Verbiegungen und Exostosen des Septums die Trephine und die viel und mit Recht gebrauchte Säge nicht erwähnt sind. Schon vor nahezu 2 Jahren hat der Referent aus Anlass mehrerer Artikel die historische Entwicklung der Trephine für solche Zwecke in einem deutschen Specialblatt gegeben, um diesem Verfahren das ihm gebührende Recht einer amerikanischen Erfindung zu sichern, und neuerdings hat sogar Spiess eine modificirte Trephine für die Eröffnung der Keilbeinhöhle in demselben Blatte empfohlen, was, wenn auch nicht von Vielen nachgemacht, doch zeigt, dass die Operationsmethode darüber nicht unbekannt ist. Wie leicht man aber in geeigneten Fällen mit der Säge im Vergleich zu anderen Methoden operirt, braucht wohl nicht erwähnt zu werden, und ist auch in Europa eine sehr brauchbare electrische Säge schon seit Jahren im Sprechzimmer eines bekannten Specialisten vielfach in Gebrauch.

Abgesehen von solchen Mängeln ist das Buch sehr empfehlenswerth und erfüllt seinen Zweck, den Praktiker in die Rhinologie einzuführen, vollständig, und kann mit gutem Gewissen ihm empfohlen werden. Dr. Gleitsmann.

SITZUNGSBERICHTE.

Deutsche Medicinische Gesellschaft in New York.

Montag, den 1. November 1897.—17 West 43. Strasse.

Präsident Dr. W. Freudenthal eröffnet die Sitzung um 8¼ Uhr. Anwesend sind erst 17, später 39 Mitglieder und mehrere Gäste.

Secretär Dr. J. A. Beuermann verliest das Protokoll der letzten Siztung, welches unverändert genehmigt wird.

VORSTELLUNG VON PATIENTEN.

Dr. Willy Meyer: RESECTION DES DUENNDARMS WEGEN GANGRAEN NACH 15-STUENDIGER INCARCERATION.

M. H. Dieser Patient, 29 Jahre alt, wurde am 5. October d. J. mit einem eingeklemmten Inguinalbruch ins Deutsche Hospital eingeliefert. Er hatte nie einen Bruch gehabt. Fünf Tage bevor sich dieses schwere Leiden einstellte, musste er ein schwer geladenes Fass, rückwärts die Treppe hinunter steigend, stützen und fühlte bei dieser Gelegenheit einen heftigen Schmerz in der linken Seite. Als er des Abends nach Hause kam und die Gegend betastete, fühlte er dort eine Schwellung. Stuhl und Winde gingen dauernd ab; aber es hatte sich ein Schmerz eingestellt, der nicht weichen wollte. Trotzdem ging er am nächsten Tag zur Arbeit. Doch nahmen die Schmerzen langsam zu, sodass er am Montag Abend, am 5. Tage seines Leidens, einen Arzt zuzog. Derselbe fand eine Inguinalhernie, die er als irreponibel ansprach. Der Patient hatte noch Winde gelassen und hatte auch Stuhlgang gehabt. Es lag die Indication vor, die Hernie in Narcose zu reduciren. Es gelang indes nicht, die Absicht durchzuführen, vielmehr stellten sich alle Symptome einer schweren Incarceration ein. Der

Patient fing an zu brechen, möglicherweise in Folge der Narcose, möglicherweise in Folge der Incarceration. Unter heftigen Schmerzen kam er am nächsten Mittag ins Hospital. Nachmittags 3 Uhr, 15 Stunden nach geschehener Incarceration, wurde die Operation vorgenommen. Es fand sich ein sehr weiter, mit sehr vielen Fortsetzungen versehener Bruchsack, der viel Wasser enthielt, und eine drei bis vier Zoll lange, tief dunkelblaue Schlinge. Bei weiterem Spalten des Bruchsacks fand sich als Ursache der Incarceration eine einschnürende Bruchpforte. Es wurde nun von innen her die Incarceration gelöst, die Schlinge vorgezogen, und man sah nun deutlich die Hernie als solche tief dunkelblau in beginnender Gangraen. In einem solchem Fall zu entscheiden, was das beste Vorgehen ist, ist keine leichte Sache. Was soll man thun? Das radikalste und beste ist die primäre Resection, wenigstens in Fällen, wo die Incarceration mehrere Tage besteht. Thut man sie nicht, so lagert man am sichersten die Schlinge vor die Bruchpforte und wartet ab, was die Natur zu Wege bringt, nachdem die Schlinge gründlich gelöst ist. Wenn man aber einem solchen Fall in so früher Zeit gegenüber steht, dann wird diese Entscheidung doppelt schwer. Man denkt, nach 15 Stunden sollte die Hernie noch nicht gangränös sein, es sei denn, dass die Incarceration sehr schwer gewesen ist, und man thut mit der Resection vielleicht zu viel. Die Schlinge hätte sich eventuell durch die Kraft der Natur erhalten, und der Patient wäre einer schweren Operation, die manchmal trotz aller Vorsicht letal endet, entgangen. Wir warteten hier mindestens 15 Minuten, aber die Färbung der Schlinge blieb absolut unverändert. Das einzige, was wir thun konnten, war zu reseciren. Unter vorsichtiger Tamponade wurde das Mesenterium abgebunden, resecirt und beide Enden mit dem Murphy-Knopfe zusammengefügt. Die Radical-Operation wurde sofort angeschlossen. Der Patient machte eine ausgezeichnete Reconvalescenz durch. Wie so häufig bei diesen Fällen, fand ich auch hier, dass nach wenig Stunden die ersten Winde abgingen, am nächsten Tag der erste Stuhl, und der Patient war am dritten, vierten Tag in ausgezeichnetem Zustand. Der Knopf ging am 8. Tage ab. Die Wunde heilte per primam, und der Mann ist jetzt ein vollkommen gesunder Mensch.

Die Herren Chirurgen werden mir zugeben, dass es eine wichtige Frage ist, sollen wir sofort die Radical-Operation für Hernie anfügen oder vorsichtigerweise abdrainiren. Ich möchte noch sagen, dass es hier recht interessant war nachzuweisen, dass die Einklemmung an der Bruchpforte war und dass der Bruchsackhals auch eine circuläre, tiefe Einschnürung zeigte. (Demonstration des Präparats.)

Zum Schluss möchte ich noch bemerken: Wenn man am dritten oder vierten Tag einen solchen Fall bekommt, so m u s s man reseciren, wenn eben möglich. Der Patient hat aber nur eine Chance, wenn man den Darm fussweite vorzieht und ihn ganz genau nach oben und unten inspicirt, denn man muss im Gesunden reseciren. Wir wissen, dass man ungefähr über ein Drittel des Dünndarms reseciren darf und der Patient ganz gut dabei existiren kann. Wenn man aber nur ein kleines Stück resecirt, so kann der Patient doch an Peritonitis zu

Grunde gehen, denn es können noch weitere gangränöse Stellen weiter oben oder weiter unten vorhanden sein.

Discussion:

Dr. Carl Beck: Ich möchte die von Dr. Meyer aufgestellten Grundsätze durchaus unterschreiben. Der vorgestellte Fall ist für mich auch desshalb von besonderem Interesse, weil ich in der vorigen Sitzung Gelegenheit hatte, ein vollständiges Analogon vorzuführen. Es handelte sich in meinem Fall um die Resection eines gangränösen Darmstücks wegen incarcerirter Inguinalhernie bei einer 68jährigen Dame. Die Incarceration hatte auch nur kurze Zeit bestanden, ungefähr 20 Stunden, und ich hatte mich der Ansicht zugeneigt, dass die Gangrän mehr durch forcirte Taxisversuche, als durch die Einklemmung selbst hervorgebracht war. Zur Stütze meiner Behauptung führte ich an, dass die Bruchgegend total zerknetet worden war. Ich pflege ausdrücklich davor zu warnen, die Taxisversuche zu lange fortzusetzen. Selbst die eingreifendste blutige Operation ist nicht so gefährlich wie solche, einer besseren Sache würdigen Kraftleistungen. In meinem Fall war ebenfalls eine tiefe Einschnürung des Bruchsackhalses vorhanden. Der Darm sah daselbst aus wie ein Wurstzipfel. Ausserdem erschien er nicht blau-schwarz, sondern absolut schwarz, sodass ich gar nicht in die Verlegenheit kam, mich zu fragen, was mit diesem Darmabschnitt geschehen solle. Es war mit anderen Worten von vornherein klar, dass er resecirt werden musste.

Ich freue mich, Gelegenheit zu finden, auf die von Dr. Meyer aufgeworfene, sehr zeitgemässe Frage wieder eingehen zu können, ob man eine gangränöse Darmportion aussen liegen lassen oder reponiren soll. Hegt man Zweifel, so ist es nicht rathsam zu reponiren, sondern man lässt die Darmschlinge vorläufig besser aussen liegen und macht vielleicht nachträglich die Resection. Wenn die Incarceration blos 15, oder wie in meinem Fall, 20 Stunden bestand, so muss man annehmen, dass die Gangrän zunächst auf einer Circulations-Störung beruht. Da braucht man sich nicht vorzustellen, dass schon so viele infectiöse Elemente sich entwickelt haben, dass die Resection daran scheitern sollte. Wenn freilich die Incarceration mehrere Tage bestand, so ist die Entwickelung der inficirenden Elemente so weit vorgeschritten, dass es viel besser ist, wenn man nicht blos den Darm, sondern auch den Bruchsack und Alles, was damit in Verbindung steht, gründlich entfernt.

Dr. Willy Meyer (Schlusswort): Ich möchte nur auch noch einmal betonen, dass man sich hüten soll, zu ausgedehnte Taxisversuche zu machen. Der Herr College hatte gewiss Recht, dass er in diesem Fall, da die Hernie irreponibel war, unter Narcose zurückzuschieben versuchte.

Wäre aber, wie es in früherer Zeit geschehen ist, stundenlang weiter daran herumgearbeitet worden, so kann ich mir denken, dass die mechanischen Insulte des Darms so schwer sein können, dass sie die Gangrän jedenfalls begünstigen. Man sollte sich klar machen, dass jede Taxis ausserordentlich gelind und sanft zu machen ist. Wenn sie nicht gelingt, ist die Operation indicirt.

DEMONSTRATION VON PRAEPARATEN, INSTRUMENTEN ETC.

Dr. Willy Meyer: BOTTINI'S „INCISORE" ZUR GALVANOKAUSTISCHEN RADICAL-BEHANDLUNG DER HYPERTROPHISCHEN PROSTATA.

M. H.! Ich brauche Ihnen nicht zu sagen, wie viele und was für theilweise schwere, theilweise leichte, theilweise abenteuerliche Operationen zur Heilung der hypertrophischen Prostata vorgeschlagen sind. Man kann dem Chirurgen aber nicht verdenken, dass diese verschiedenen Wege verfolgt wurden. Wer von Ihnen einmal in der unbehaglichen Lage gewesen ist, von Anfang an bis zu Ende einen Prostatiker zu behandeln und zu bobachten, der muss zugeben, dass immer wieder sich einem der Gedanke aufdrängt: da muss doch eine radicale Operation zu haben sein, da muss man den Patienten ein für alle Mal von seinen schweren Leiden befreien können. Ich brauche nicht die Folgezustände zu schildern, den Blasenkatarrh, die vielfachen Schüttelfröste, das ewige selbstcatheterisiren, Pyelitis u. s. w. Sie alle wissen das so gut wie ich; aber ich sage, man kann es den Chirurgen nicht verdenken, dass sie auf vielfach abenteuerliche Gedanken gekommen sind, um dieses Leiden zu kuriren. Man muss doch nahezu die Castration mit zu den abenteuerlichen Operationen rechnen, trotzdem die Resultate trefflich sind und die Operation wohl für immer zu Recht bestehen bleiben wird. Da ist es doppelt interessant, dass gerade im Laufe der letzten Jahre, wo die Berichte über Kastrationen bei diesem Leiden in allen Zeitschriften erschienen sind, die von dem Italiener Prof. Bottini in Pavia vor 22 Jahren schon vorgeschlagene und ausgeführte Operation endlich einmal vor das grössere Publikum gebracht wird, und zwar durch Dr. Freudenberg in Berlin. Man kann sagen, dass seit dem Vortrag dieses Herrn in der Berliner Medicinischen Gesellschaft diese Methode neu erwacht ist. Bottini führte die Operation zuerst am 26. October 1875 aus, damals mie einem verhältnissmässig unvollkommenen Instrument — die Italiener machen nicht so gute Instrumente wie die Deutschen, Franzosen und Engländer. Er fand bald, dass das Instrument, durch den Strom überhitzt und auf diese Weise die Urethra, manchmal auch die Blase, verbrannt wurde. Er führte daher zwei Jahre später eine Kühlvorrichtung ein, indem von der einen Seite Wasser in das Instrument einläuft, dann durch das Instrument — und auf der anderen Seite herausläuft. Diese Kühlvorrichtung ist eine ausserordentlich wichtige Seite des Instruments und hat dasselbe erst zu einem wirklich brauchbaren gemacht. Es ist aber noch brauchbarer geworden, seitdem sich die deutschen Instrumentenmacher daran gemacht haben. Die berühmte Firma Hirschfeld in Berlin hat auch die Fabrikation dieses Instrumentes in die Hand genommen und es zu einem vollkommenen gemacht.

Dieses Instrument, welches ich hier habe, ist das ursprüngliche Bottinische. Ich hatte gehofft, Ihnen das von Freudenberg etwas modificirte Instrument zeigen zu können, aber ich habe es noch nicht von drüben erhalten. (Demonstration des Instruments.)

Mir war es persönlich bislang nicht beschieden, einen solchen Prostatafall zu haben, ich meine einen Fall, wo ein Patient jahrelang

Cathetersklave gewesen, wo schwerer Blasencatarrh besteht, wo kein Tropfen Urin spontan gelassen wird. In solchen Fällen hat Bottini gesehen, dass schon einige Stunden nach der Operation spontanes Uriniren eintreten kann und die Besserung fortschreitet. Bottini hatte unter 80 Fällen zwei Todesfälle und kein Recidiv. Das beweist, dass alle die Einwände, die von anderer Seite in letzterer Hinsicht gemacht werden, hinfällig sind. Wenn ein so gewissenhafter Mann, wie Bottini zu sein scheint, sagt, dass er kein Recidiv gesehen hat, so müssen wir ihm glauben.

Ich möchte noch sagen, dass die Reaction nach den bislang gemachten Erfahrungen eine minimale ist oder gar nicht existirt. Die Patienten können am ersten Tage nach der Operation aufstehen, um zu uriniren. Blutung tritt selten ein. Es hat sich gezeigt, dass wenn später die Blase weiter durch kühle Waschungen gestärkt wird, auch die Atonie der Blase nachlässt und wirklich Patienten von 80 Jahren vollständig kurirt worden sind. Natürlich ist es keine Panacee. Man soll nicht glauben, dass die Methode jeden Prostatiker kuriren wird. Aber vor einem Jahre noch, wenn uns ein Patient zugeführt wurde, der Cathetersklave war, wäre ihm ganz gewiss gesagt worden, dass die Castration resp. Resection der Samenleiter das einzige Mittel ist, welches Heilung verspricht. Nun ich habe einen Herrn von 75 Jahren in Behandlung gehabt, der absolut dagegen protestirte, dass seine Testikel entfernt würden. Es giebt eben noch alte Herren, die ihre Virilität nicht verlieren wollen. Spricht man von Unterbindung und Resection der Samenleiter, womit in einzelnen Fällen auch gute Erfolge erzielt wurden, so meinen viele Kranke auch, dass auf diese Weise ihnen die Virilität genommen werde. Man hätte weiter vorgeschlagen, wenn der Patient jünger gewesen wäre, vielleicht die Unterbindung der arteriae iliacae internae oder die Prostata als ganzes zu exstirpiren. Dieses sind und bleiben aber schwere Operationen. Ob man berechtigt ist, totale Prostataexstirpationen speciell bei älteren Leuten auszuführen, wenn es eine andere leichtere Methode giebt, möchte ich vorläufig dahingestellt sein lassen. Nach der bisherigen Erfahrung möchte ich aber sagen: wenn mir heute ein Patient zugeführt wird, ein Cathetersklave — darauf kommt es an — und er ist zufrieden, sich selbst zu catheterisiren, so bin ich es ebenfalls. Wenn er es aber nicht ist und er will Erleichterung haben, resp. Befreiung von seinen Qualen so würde die Scala meines Vorgehens sein: 1. Bottini's Operation, und wenn die erste Sitzung nicht geholfen, zum zweiten Mal Bottini's Operation. Dann muss man abwarten, ob es innerhalb der nächsten vier, fünf oder sechs Wochen zu spontanem Uriniren kommt. 2. Resection der Samenleiter. 3. Castration. 4. Unterbindung der iliacae internae. 5. Prostatectomie.

Ich glaube, dass Bottini's Instrument in kurzer Zeit viele Freunde finden wird. Ich habe es für mich von der Kny-Scheerer Co. hier importiren lassen. Die Batterie, die von Bottini angegeben wird, soll viel besser wirken als die, welche wir hier haben. Natürlich ist die Sache mit Ausgaben verknüpft. Wenn wir bedenken, dass wir in 25 Minuten eine Operation machen können, die vielleicht unbedingt heilend und

lebensrettend wirkt, so müssen wir sagen, dass dies ein Instrument ist, das schon vor 20 Jahren hätte eingeführt werden sollen.

Discussion:

Dr. Carl Beck: Ich möchte die Ingeniosität des Instrumentes durchaus bewundern und glaube auch, dass es sich für gewisse Fälle ganz gut eignen mag. In den Händen eines Specialisten, der ausserordentlich grosse Erfahrung mit dem Instrument besitzt, wird es wohl hie und da Nutzen stiften, und ich möchte es in dieser Beziehung mit dem Lithotriptor vergleichen mit dem Unterschied, dass der Incisore noch gefährlicher ist. Auf dem Internationalen Congress in Moskau wurde seine Bedeutung sehr verschieden beurtheilt, und die deutschen Chirurgen, soweit ich darüber informirt bin, haben es gerade so getheilt aufgenommen wie die Castration und die anderen Verfahren, welche College Meyer bereits anführte. Die Frage ist seit den letzten vier Jahren, seitdem White und Ramm ihre epochemachenden Arbeiten veröffentlichten, eine ungemein brennende geworden. Handelt es sich doch um ein Leiden, das ungemein häufig ist und gegen das wir früher gar keine Waffe in der Hand hatten. Wir konnten den bedauernswerthen Prostatikern nur den armseligen Trost geben, dass sie so lange als möglich mit dem Catheter aushalten sollten. Und nun hat White unter 111 Fällen 97 Mal mittelst Castration eine bedeutende Verkleinerung der hypertrophirten Prostata erzielt. Meine eigene Erfahrung ist nicht sehr gross; ich kann aber versichern, dass ich unter 6 Fällen viermal so überraschend vollständigen Erfolg hatte, dass, wenn ich es nicht selbst gesehen hätte, ich wirklich veranlasst wäre, daran zu zweifeln. Es ist doch geradezu ein Phänomen, wenn eine Prostata, die über apfelgross war, bis zur Grösse einer Nuss zusammenschrumpft. Es ist freilich viel logischer, einem Verfahren den Vorzug zu geben, welches die hypertrophische Prostata direct angreift. Aber wenn man bedenkt, dass man bei der sonst so nahe liegenden sacralperinealen Exstirpation der Prostata durchaus im Dunkeln arbeitet; wenn man sich ferner vergegenwärtigt, dass man bei dieser Methode die Drüse mit dem tastenden Finger erreichen kann, so werden Sie mir in der Repudiation dieser Methode Recht geben. Bei der suprapubischen Behandlung ist es andererseits klar, dass man zwar sehr gut sehen kann, aber dafür hat man wieder mit den Schwierigkeiten unvollkommener Drainage, der Urinzersetzung etc. zu kämpfen, so dass man sich den Vorwurf grosser Waghalsigkeit oft nicht wird ersparen können.

Um auf die Bottinische Technik zurückzukommen, so muss man sagen, dass es als ein Vortheil zu betrachten ist, dass der Incisor glühend gemacht wird und auf diese Weise sich die Operation a priori zu einer aseptischen gestaltet. Die Schwierigkeit ist nur die, dass nach dem Brennen Schorf und Wundfläche in der Blase zurückbleiben, die wiederum Angriffspunkte für den zersetzten Urin bilden. Wie erwähnt, mag in der Hand eines ausserordentlich erfahrenen Chirurgen diese Gefahr sich reduciren lassen, aber ich glaube, dass an dem Dunkel des Operationsweges wie dieser Zersetzungsfrage die weitere Verbreitung des Instrumentes einigermassen scheitern wird. Man

denke nur auch wie schwer es ist, abzuschätzen, wo und wie tief man brennen soll. Dagegen ist die Castration eine Operation, die von Jedermann ausgeführt werden kann und der man höchstens nachsagen kann, dass sie dem Einem oder Andern eben nicht half. Es ist ausserordentlich leicht, sie unter Cocain auszuführen und unter aseptischen Cautelen darf doch der Wundverlauf keine Störung erleiden, Was die sentimentale Seite der Frage bei Greisen betrifft, so glaubte ich, dass man in Amerika eigentlich zu praktisch zu denken gewohnt ist, als dass man sich diesen uferlosen französischen Reflexionen einer virilité passée ernstlich hingäbe. Ich bin bis jetzt der Entrüstung über den Vorschlag der Wegnahme eines für das Greisentalter bedeutungslos gewordenes Organs nicht begegnet. Ich sollte meinen, dass man mit 72 Jahren die delicaten Vergnügungen dieser Welt nur noch durch die entsagungsfrohe Perspective der Beschaulichkeit betrachtet und mit Wonne nach irgend einem Mittel greift, welches die entsetzlichen Qualen der Harnverhaltung und die lästigen Folgen des Catheterlebens zu lindern oder gar aufzuheben verspricht.

Dr. Willy Meyer (Schlusswort): Ueber pro und contra dieser Operation wird gewiss in den nächsten Monaten und Jahren noch sehr viel debattirt werden. Aben wenn College Beck von virilité passée bei älteren Herren spricht, so irrt er sich ganz gehörig. Wir alle wissen, dass die ältesten oft gerade die schlimmsten sind. Mir ist es schon mehrfach so gegangen, dass die Castration ganz brüsk abgewiesen wurde. Dass im Dunkel operirt wird, sollte kein Vorwurf gegen die Operation sein. Dass man einen Brandschorf in dem inficirten Gebiet hervorruft, ist auch kein Vorwurf, denn der Brandschorf stösst sich nach circa 4 bis 5 Tagen ab, wenn schon die Wunde granulirt. Der Schorf kann sich nur durch Granulation abstossen, und ich kann nicht einsehen, wieso dadurch eine neue Infection kommen soll. Ich glaube, dass dies kein Vorwurf sein sollte, und dass wir aus dem Grunde nun sagen, das Instrument wird sich nicht weiter verbreiten und nur in den Händen Weniger Gutes leisten, dazu haben wir, glaube ich, vorläufig kein Recht. Wir müssen unsern Patienten das vorschlagen, was für sie das Beste ist, und wenn es einen leichteren Weg giebt, ein so schweres Leiden vermuthlich zu heilen oder zu bessern, so sollte dieser leichtere Weg zuerst eingeschlagen werden. Ich würde den Patienten die verschiedenen Wege vorlegen und ihn wählen lassen. Aber wenn einer von uns Aerzten in der gleichen Lage wäre, so würde er den leichteren Weg gewiss vorziehen.

Präsident Dr. W. Freudenthal: Ich habe aus den Zeitungen erfahren, dass am 21. October eines unserer Mitglieder, Dr. Vincent Zolnowski, Sen., gestorben ist, und ich ersuche Sie, zum Andenken des Verstorbenen sich von Ihren Sitzen zu erheben. (Geschieht.)

Dr. A. Rose: M. H.! Auch der Sohn des Verstorbenen ist unser Mitglied, und ich möchte den Antrag stellen, dass wir demselben, sowie der gesammten Familie unsere Sympathie aussprechen. (Unterstützt.) Der Antrage wird einstimmig angenommen.

Die Zähler berichten die einstimmige Erwählung von Dr. Philip Ernst, 112 Zweite Strasse, zum Mitgliede, bei Abgabe von 30 Stimmen.

Dr. M. Gross: DER SCHMERZ ALS DIAGNOSTISCHES MITTEL BEI ERKRANKUNGEN DER ABDOMINAL-ORGANE. *)

(Autoreferat.) Das Symptom Schmerz kann nur in einer beschränkten Zahl von Fällen zu einer exacten Diagnose verhelfen.

Die Irridation des Schmerzes ist bei Erkrankungen der Abdominalorgane besonders ausgesprochen und erschwert nicht selten die Localisation des Hauptschmerzes.

So kommt es, dass viele Kranke aus angeführtem Grunde oder auch äusserer Unachtsamkeit, oder weil sie in der That falsch localisiren, Schmerzempfindungen in den Magen verlegen, die gar nicht dort entstehen.

Vorsichtig muss man mit dem Localisiren des Schmerzes bei Neurasthenikern und Hysterikern sein. Das Ueberspringen des Reizes bei diesen Patienten von der erkrankten Stelle nach anderen Richtungen ist eben ein viel leichteres, schon in Folge der schon vorhandenen gesteigerten Reizwelle der anastomosirenden Nervenzellen und Nervenleitung. Es ist in solchen Fällen aus den Schmerzensäusserungen, verbunden mit dem anderen positiven Befund und den augenblicklichen Klagen des Kranken unmöglich, eine Diagnose zu stellen, um so mehr, als nicht selten wirklich organische Erkrankungen mit neurasthenischen Zuständen Hand in Hand gehen.

Der Uterus und seine Adnexe geben oft genug die Quelle für die verschiedensten Irradiationen, besonders gegen die regio epigastrica hin, ab.

Klagen bei Amenorrhoe, Dysmenorrhoe, Climacterium und chronischen Erkrankungen des Uterus sind oft mit einem Reizzustand der Uterinnerven, womöglich durch dierete Zerrung derselben, verbunden.

Oft sind es peritonitische Processe, Narben nach ausgedehnten Operationen, die Veranlassung zu mannigfachen Empfindungen, nach oben und besonders nach der regio epigastrica ausstrahlend, geben.

Schmerz unter dem processus xyphoideus fand ich in 30 Prozent der Gesunden, in 12 Prozent bei an Magen und Darm-Krankheiten Leidenden.

Wir sehen daher, dass wir im Allgemeinen diesem Druckschmerz nicht immer eine diagnostische Bedeutung beilegen können. Oft ist spontan empfundener tiefer Schmerz auf eine Affection des Ganglion coeliacum zu beziehen.

Heftiger Schmerz in der Magengegend selbst, in Form von Gastralgien, kann seine Ursache haben in Perigastritiden, der Schmerz, diffus oder selten localisirt, dauert hier über den Verdauungsact.

Hyperaesthesie der Magenschleimhaut: bei Secretions-Anomalien, oder auch bei normaler Secretion bei Ueberempfindlichkeit der Magennerven; ferner auch in Folge von Allgemeinerkrankungen, wie: Malaria, chronischer Nervenerkrankungen und Leberleiden.

Bei Hyperaesthesien des Magens nervöser Natur, wo also jede Ursache, besonders Hyperacidität, Motilitätsstörung, ausgeschlossen werden kann, wo also keine materielle Erkrankung vorhanden ist, findet

*) Original-Artikel im N. Y. med. Journal

man oft eine Empfindlichkeit gegen Druck und Percussionsstoss, genau an die Grenzen des Magens sich haltend; sie gestattet dessen Figur nach aussen zu projiciren, ehe wir auch nur eine Vorstellung über Lage, Grösse und Form des Magens im einzelnen Falle haben. Auch bei Ulcus kann die Berührung der ganzen Magengegend schmerzhaft sein, aber da sind es bestimmte Stellen, die den Hauptsitz der Schmerzempfindlichkeit abgeben, abgesehen von der Abhängigkeit des Schmerzes von der Qualität der Nahrung.

Im Gegensatze zu den Gastralgien, denen locale Ursachen oder Reizzustände der extragastralen Nervengruppen zu Grunde liegen, sind die Schmerzen bei Ulcus Ventrienli localisirt und findet man oft einen diametral gelegenen Schmerzpunkt an der Wirbelsäule im Bereiche des 11. bis 12. Brustwirbels. Manchmal liegt der Schmerz beim Ulcus überhaupt nur im Rücken.

Das relativ noch brauchbarste Unterscheidungsmerkmal zwischen Gastralgie und Cholelythiasis ist die Schmerzhaftigkeit der Randpartien der Leber bei Druck in der Gegend der Gallenblase.

Es kommen oft Patienten zu uns, welche an brennenden, drückenden, oft auch stechenden, nicht ausstrahlenden Schmerzen leiden; Schmerzen, die etwa in der Gegend der Milz und weiter nach vorne verlegt werden; Druck an der afficirten Stelle verursacht keine Empfindung; das Schmerzgebiet dehnt sich nach vorne gegen den Magen, ebenso nach unten, der Seite entlang, bis zum Hüftkamme, seltener schon nach hinten bis zur Wirbelsäule, aus; mit diesen Schmerzen schleppen sich die Patienten oft Monate und Jahrelang herum; oft treten dieselben nur zeitweise auf; diese recht unangenehmen Schmerzen können verschiedene Ursachen haben.

Von directen Ursachen kommen in Frage locale Peritoniden um die Milz (Perisplenitis), ferner Milzvergrösserung bei Malaria, Leukämia, aber auch anaemische und schwächliche Personen, die eine sitzende Lebensweise führen, klagen über diese Schmerzen ausserordentlich häufig.

Ferner können locale peritonitische Processe am Uebergang vom Colon transversum zum Colon descendens die Quelle des Schmerzes sein. Oft ist der linke Seitenschmerz radiirt vom Magen, besonders bei Gastroptose und Dilatation; endlich habe ich diesen Schmerz noch gefunden als radiirten Schmerz von Seiten des Uterus, besonders bei ausgedehnten linken Cervicalrissen und linken Ovarialaffectionen.

Sehr häufig wirkt wohl der Darm, dessen Function in irgend einem Theile gestört wird, auf den Magen zurück. Einfache Constipationen bis herab zu den hemorrhoidalen Zuständen können Ursachen für die in die Magengegend verlegten, oft auch wirklich daselbst entstehenden Empfindungen abgeben, die sich in Vollsein, Uebelsein, in brennenden, drückenden und dumpfen Schmerzen äussern. Treiben Sie einen Bandwurm ab, und Sie beseitigen ein ganzes Heer von unangenehmen Klagen! Bei chronischer Coprostase in Folge der verschiedensten Ursachen, werden durch Besserung des Zustandes die nach dem Magen ausstrahlenden und theilweise auf denselben direct zurückwirkenden Sensationen beseitigt; mit Entlastung circulatorischer Störungen und

eventueller Entfernung der Ptomaine findet auch gleichzeitig eine Entlastung des Nervenapparates des afficirten Darmes und so eine Entfernung der radiirten Empfindungen statt.

Bei den in der Heocoecalgegend in Folge entzündlicher Affection um das Coecum und dem Processus Vermiformis auftretenden Schmerzempfindungen wird zum Zwecke der Localisation derselben auf den Initial-Schmerz zu achten sein. Dieser Schmerz, der sich bekanntlich als dumpfer, drückender oder stechender Schmerz characterisirt und in heftigen Anfällen sich steigert, erschwert in manchen Fällen in Folge seiner ausgesprochenen Irradiation die Localisation. Die Ausstrahlung findet gegen die regio hypogastrica, nach hinten gegen die Nieren und besonders auch gegen die Lebergegend hin statt.

Wenn auch in den meisten Fällen durch den Sitz des Schmerzes und dessen Auftreten in Anfällen allein — abgesehen vom Verlauf der Erkrankung — die Diagnose der Blinddarmentzündung ohne weiteres gestellt werden kann, so giebt es doch eine Reihe von Erkrankungen, welche mehr oder weniger Aehnlichkeit mit den hier in Frage kommenden Affectionen haben können und bei denen die Differentialdiagnose Schwierigkeiten verursachen kann. Allerdings kommt wohl zuerst die Anamnese, der Verlauf der Krankheit, etwaige Ileuserscheinungen, sowie die Lage des Tumors in Frage; es dürfte aber auch der Schmerz in der Art seines Auftretens, in seiner Localisation zur Stellung einer Diagnose herbeigezogen werden können.

Bei Gallensteinen und Leberkolik ist die Ausstrahlung des Schmerzes nach dem Schultermuskel characteristisch, während bei Appendicitis der Schmerz mehr um den Nabel und nach abwärts strahlt, der Schmerzpunkt findet sich hier direct in der Ileocoecal-Gegend; bei Gallensteinen ist dagegen oft die grösste Empfindlichkeit am Leberrand.

Schmerzhafte Erscheinunngen bei Adnexerkrankungen des Uterus, die plötzlich auftreten, könnten auch Appendicitis vortäuschen, dieselben sind aber von vornherein in der Gegend des Poupartischen Bandes localisirt; bestehen auf beiden Seiten und links sogar stärkere Schmerzen, so weist dies auch auf eine Genitalaffection hin. Auch hier wird vor Allem eine genaue Anamnese und sorgfältige Untersuchung, Verlauf und Sitz eines Tumors vor derartigen Irrthümern bewahren.

Plötzlich eingeklemmte und von selbst zurückgehende kleinere Brüche können auch Erscheinungen einer Appendicitis vortäuschen, bis eines Tages die richtige Ursache der Erscheinung gefunden wird.

Ferner müsste man auch an locale peritonitische Processe und Verwachsungen denken, die sich gerade hier aus begreiflichen Gründen gerne localisiren und zu heftigen Paroxysmen Veranlassung geben können, besonders bei gleichzeitig bestehender Kothstauung.

Discussion:

Dr. Max Einhorn: M. H.! Der Vortrag des Herrn Dr. Gross hat mich sehr interessirt, aber derselbe hat so viel Punkte berührt, dass sie kaum alle discutirt werden können. In Bezug auf den Schmerz in der Herzgrube würde ich auch mit Dr. Gross übereinstimmen, dass

häufig genug ein Schmerz auf Druck besteht, der nicht von grosser Bedeutung ist oder wenigstens nicht auf organische Erkrankung oder Ulcus hinweisen muss. Es ist gerade die besondere Empfindlichkeit des circumscripten Punktes, die für Ulcus mehr oder weniger characteristisch ist, aber auch nicht positiv, wie jeder weiss. Einerseits kann ein solcher Schmerz bestehen, und es braucht kein Ulcus da zu sein, anderseits kann Ulcus bestehen, ohne dass Schmerzpunkte überhaupt da sind.

College Gross hat die Secretions-Neuralgien, Gastralgien, erwähnt und gerade diejenigen hervorgehoben, die mit einer Vermehrung der Secretion einhergehen, also wo zu viel Salzsäure abgesondert wird und dann die Schmerzen etwas später, etwa zwei Stunden nach dem Essen auftreten. Das ist sehr häufig der Fall und ganz richtig. Es giebt aber auch Gastralgien, die auch um diese Zeit auftreten, oder vielmehr kurz nach dem Essen, selbst da wo gar keine Secretion da ist, in Fällen von Achylia Gastrica, und ich habe das in manchen Fällen als etwas characteristisches gefunden, allerdings nicht für diese Gruppe allein; aber man findet Fälle von Achylia Gastrica, wo die einzige Klage darin besteht, dass Leute etwa eine halbe Stunde nach dem Essen etwa zwei Stunden lang Schmerzen haben, ohne dass man etwas anderes nachweisen kann. Diese Fälle von Achylia Gastrica sind aber nicht alle derart, sondern nur eine gewisse Gruppe, vielleicht ein Viertel der Fälle. Es könnte vielleicht sein, dass die Gastralgien in diesen Fällen einfach mechanischen Ursprungs sind. Die Speisen werden nicht ordentlich zerkleinert, und dadurch wird mehr Reiz auf die Nervenendigungen in der Schleimhaut ausgeführt. Was die Erosionen betrifft, so habe ich eben das Bild als Erosion des Magens beschrieben, wie ich es bei den Leuten vorfand; ich stellte die Diagnose auf Erosion nur da, wo kleine Stückchen Schleimhaut im Waschwasser häufig oder immer bei der Ausspülung gefunden wurden. In den meisten dieser Fälle waren nur leichte Schmerzen vorhanden zum Unterschied von Ulcus. Die Leute klagten nicht viel, sie sagten, dass eine halbe Stunde nach dem Essen ganz leichte Schmerzen auftreten, daher habe ich das als etwas characteristisches zum Unterschied von Ulcus angenommen.

Ob das stetig der Fall ist, ob die Diagnose Erosionen, wie ich sie gestellt habe, allgemein angenommen werden muss, weiss ich noch nicht. Ich habe nur ein gewisses Krankheitsbild beschrieben, wo Stückchen der Schleimhaut im Spülwasser vorhanden sind, und ich dachte, dass diese das Resultat von Erosionen sind. Manche werden dieses Bild als leichte Exfoliationen der Schleimhaut betrachten können oder als hypertrophische Zustände der Drüsen, wo kleine Stückchen sogleich abreissen, aber darauf kommt es nicht an, das Krankheitsbild als solches besteht.

In Bezug auf Pyloralgie, die Dr. Gross als Zustand für sich bezeichnet hat, möchte ich sagen, dass ich keinen grossen Unterschied zwischen diesem Zustand und dem sehe, den man gewöhnlich als Pylorospasmus bezeichnet. Es handelt sich auch dort zunächst um Schmerzen in der Gegend des Pylorus, und man erklärt sich den Schmerz dadurch, dass mehr oder weniger grosse Reizzustände durch

vermehrte Säure bestehen, die den Pylorus zu sehr reizen oder dass der Pylorus selbst sich stark zusammenzieht und dadurch Schmerz entsteht.

In Bezug auf Cholelithiasis hat Dr. Gross die differentialdiagnostischen Punkte ganz richtig angegeben, ich möchte aber sagen, dass er bei der Besprechung dieser Punkte die Leberneuralgie nicht besonders betont hat. Es kommen Fälle vor, wo entschieden die Schmerzen ganz denselben Character tragen wie Gallensteinkoliken, wo aber einfach keine Steine vorgefunden werden, sondern wo es sich um Neuralgie der Leber handelt. Dieser Zustand kommt auch in Fällen von Hepatoptose vor, wo die Leber tiefer liegt und diese Zustände durch Tragen einer Binde beseitigt werden können. Ich habe mehrere solcher Fälle gehabt, wo diese angeblichen Gallenkoliken bei angegebenem Régime in einem Nu verschwanden.

Was die Differential-Diagnose zwischen Herz- und Magenaffectionen betrifft, so weiss natürlich jeder, dass die Schmerzen die vom Herzen ausgehen, anders localisirt sind und auch nach dem linken Arm ausstrahlen, aber anderseits findet man doch, dass gerade diese Leute mit Herzaffectionen sehr häufig an Magenaffectionen leiden, etwa als Folgezustand, und dann wird natürlich die Empfindlichkeit gerade so sein wie bei einer wirklichen Magenaffection. Der Schmerz braucht nicht gerade durch den linken Arm zu gehen, weil die Affection des Magens ein Folgezustand derjenigen des Herzens ist. Wenn man aber das Herz an sich behandelt, wird auch der Magen besser.

Im Grossen und Ganzen möchte ich sagen, dass man von Schmerzen allein keine genaue Diagnose wird machen können, sondern dass wir immer alles zusammen verwerthen müssen. Je mehr Material wir haben und je mehr Punkte wir in einem gewissen Fall haben, desto sicherer werden wir gehen, um eine Diagnose zu machen, und es wird sich natürlich niemals darum handeln, nur die Quelle des Schmerzes aufzusuchen, denn die Quelle des Schmerzes braucht noch gar nicht die afficirte Stelle zu sein, aber Alles zusammen wird uns das Bild geben, und dann wird man im Stande sein, die Diagnose zu machen. Zuweilen wird man wohl sagen können, hier ist der Schmerz und auch die afficirte Stelle, zuweilen aber ist es ganz anders. Jedenfalls glaube ich, dass wir Dr. Gross für den interessanten Vortrag sehr dankbar sein müssen.

Dr. H. J. Boldt: Ich habe dem was Dr. Gross bezüglich der Schmerzen gesagt hat, wenig oder gar nichts hinzuzufügen. Was die Frage im Zusammenhang mit der Erkrankung des Beckens betrifft, so möchte ich nur sagen, dass meiner Erfahrung nach kein bestimmtes Schmerzsymptom bezüglich irgend einer Beckenerkrankung vorhanden ist. Wir können allerhand Schmerzen haben, die möglicherweise reflectorisch sind. Es kommt ganz darauf an, ob der Gynaecologe den Schmerz zu deuten weiss, ob er von der betr. Erkrankung des Beckens herrührt oder nicht.

Eine Bemerkung, die Dr. Gross machte, hat mich doch etwas überrascht, nämlich dass er gewisse Schmerzen infolge von Cervixrissen beobachtet hat. Das kann wohl möglich sein, aber wenn derartige

Schmerzen existiren, sind solche Cervixrisse niemals gewöhnliche, sondern immer mit Complicationen verbunden. Um weit ausstrahlende Schmerzen zu verursachen, müssen die Cervixrisse sehr tief sein, sodass sie in das Zellengewebe hineinkommen, sonst verursachen sie keinen Schmerz. Andere Schmerzen in den Bauchorganen oder auf der Oberfläche des Bauches sind nicht allein vorhanden, sondern immer mit starken Schmerzen im Becken selbst verbunden, wenn sie überhaupt von Tuben oder Ovarien ausgehen.

Dr. Karl Dauber (Gast): Auch ich stehe auf dem Standpunkt, dass man in Verwerthung des Schmerzes als Symptom bei der Diagnose von Krankheiten der Abdominalorgane vorsichtig sein muss. Immerhin macht man öfter die Erfahrung, dass, wenn ein Schmerz constant angegeben wird, immer in derselben characteristischen Weise in dieselbe Gegend hinein ausstrahlend, in demselben Verhältnis sich entwickelnd und wieder verschwindend, dann auch bei genauester Untersuchung und längerer Beobachtung sich eine anatomische Ursache dafür finden lässt. Der Schmerz wird ja ausserordentlich verschieden angegeben. Ich sah selbst einen derartigen Fall von grösster Indolenz gegen Schmerz bei einem Dienstmädchen das 8 Stunden nach meinem Erscheinen an Peritonitis starb. Zwei Stunden bevor ich kam, hatte sie noch den Boden gewaschen und andere Hausarbeiten verrichtet, sodass ich die Diagnose Peritonitis nicht zu stellen wagte. Der pathologische Anatom machte die Diagnose auf eine schon mindestens drei Tagen bestehende eitrige Peritonitis nach durchgebrochenem Magengeschwür.

Wenn man bei Fällen, in denen der Schmerz lange Zeit constant bleibt, genau nachsieht, dann findet man gewöhnlich eine greifbare Ursache dafür. Es sind mir einige Fälle in der Erinnerung, die dadurch besonders interressant sind, dass der Verlauf die Diagnose der Schmerzursache bestätigt hat. Ein Fall betraf einen Patienten von Leube in Würzburg. Ein älterer Herr war daselbst vor 5 Jahren in der Klinik vergebens wegen Magengeschwürs behandelt worden. Abgesehen von einer nicht sehr schmerzhaften rechtseitigen Wanderniere, die er sich beim Sturz vom Pferde zugezogen haben wollte, konnte objectiv nur eine geringe Druckempfindlichkeit im Epigastrium nachgewiesen werden. Dabei klagte der Patient über constant eintretende, ganz characteristische Schmerzen direct nach dem Essen, die zwei bis drei Stunden dauerten und zum Erbrechen starksaurer Massen führten. Die Analyse ergab starke Salzsäure und nachdem die Kur auf Ulcus ventriculi vollkommen ohne Erfolg geblieben war, wurde eine Nierenbinde angelegt. Dieselbe sass gut, und der Patient war von der Stunde an geheilt. Fünf Jahre darnach sah ich den Patienten wieder, nachdem das ganze Krankheitsbild sich wieder entwickelt hatte. Während er bei nüchternem Magen ohne Schmerzen gehen konnte, traten nach dem Essen beim Arbeiten, beim Stehen oder Gehen starke Schmerzen im Magen auf, und es wurden starksaure Massen erbrochen. Es wurde nach Analogie des früheren Verhaltens die Diagnose auf Zerrungsschmerzen durch die Wanderniere gestellt, und wir liessen dem Patienten durch den Bandagisten ein die

Niere gut stützendes Bauchcorsett construiren, und der Patient war wieder von allen seinen Beschwerden befreit. In diesem Fall hat der Reiz, der jedenfalls von der Wanderniere ausging, nicht allein auf die sensiblen Nerven des Magens gewirkt, sondern auch auf die secretorischen. Denn während die Salzsäuresecretion nach dem Probefrühstück keine besonderen Abweichungen von der Norm zeigte, enthielten die im Anfalle erbrochenen Massen immer abnorm hohe Säure. Diese hat dann jedenfalls den Anfall, der als Pyloruskrampf gedeutet werden musste, ausgelöst.

Der zweite Fall lag ähnlich. Es handelte sich auch um Symptome eines Magengeschwürs, das lange Zeit in den verschiedensten Kliniken und auch von uns vergeblich behandelt wurde. Die Dame hatte nebenbei gesagt, in Würzburg 58 Tage Breiumschläge gemacht, absolut ohne Erfolg. Epstein in Göttingen hatte zuletzt die Diagnose auf Verwachsung des Magens gestellt. Nachdem alle Mittel erfolglos waren und die Dame die Operation verlangte, willigte man ein, und die Operation bestätigte auch die Wahrscheinlichkeits-Diagnose, indem eine kleine Verwachsung zwischen Colon transversum und Pylorus gefunden wurde. Am Magen selbst war von einer Narbe nichts zu fühlen. Nun kam aber das Interessante. In dem Moment, in dem der Chirurg den Magen etwas vorzog, bekam die Dame einen shockartigen Collaps. Der Puls setzte aus, das Athmen wurde schwer, die Patientin stöhnte mühsam. Nachdem der Magen returnirt war, verschwant dieser Symptomenkrampf bald wieder. Bei ganz leisem Wiederanziehen, um nachzusehen, ob nach hinten auch Verwachsungen waren, stellten sich die beängstigenden Symptome wieder ein. Infolgedessen wurde die Bauchhöhle geschlossen und der Dame durch Suggestion eingeredet, dass sie gesund sei. Diese Erregbarkeit des Plexus coeliacus, welche vielleicht durch Verwachsung eingeleitet wurde, besteht noch heute, nach 1½ Jahr, allerdings in etwas vermindertem Grade, fort.

Dass das Krankheitsbild Pyloralgie und Pyloruskrampf so genau von einander zu unterscheiden und dass dies überhaupt nothwendig ist, möchte ich nicht behaupten. Pyloralgie ist eben nur ein Symptom und kann sowohl durch Krampf des Pylorus, als auch durch andere Zustände bedingt sein. Ich sah Fälle bei Gastroptosen, bei denen ein gut palpabler, stark contrahirter Tumor am Pylorus beim Anfalle auftrat, ein Tumor, der mit dem Abklingen des Anfalls auch wieder verschwand. In der Zeit, wo der Pylorus contrahirt war, war er auch stark schmerzhaft. Solche Fälle von Schmerzen, bedingt durch Stauungen des Chymus treten aber auch häufig im Darme auf. Ich betrachtete ein Krankheitsbild, in dem alle fünf Tage regelmässig Schmerzen auftraten, die drei bis vier Tage bestanden und dann verschwanden. Der Patient litt an spastischer Constipation. Der Krampf trat immer an einer bestimmten Stelle des Colons auf, an der Flexura lienalis. Während in der anfallfreien Zeit dort das Colon nur geringgradig druckempfindlich war, beobachtete man regelmässig im Anfalle einen länglichen, runden, stark druckempfindlichen Tumor, hinter dem das Colon descendens collabirt war und dann das Colon

transversum starke meteoristische Auftreibung und stark ausgeprägte Peristaltik zeigte. Die Stuhluntersuchung ergab den Befund eines leichten Dickdarmcatarrhs, der jedenfalls auf die Flexura lienalis hauptsächlich localisirt war. Sobald nun an dieser Stelle eine Reizung durch Chymus eintrat, kam es zum Krampf, der erst nach einigen Tagen sich löste und von starken Stuhlabgängen gefolgt war. Gelang es, durch antispastische und abführende Mittel die primäre Anhäufung des Stuhles zu verhindern und dem Eintritt des Krampfes zuvorzukommen, so war auch der Anfall coupirt.

Man sieht aus diesen Beispielen, wie vorsichtig der Diagnostiker mit der Diagnose Hyperaesthesie, Neuralgien, bei Schmerzen in den Abdominalorganen sein muss.

Dr. B. S. Talmey: Mit dem alleinigen Symptom der Schmerzen glaube ich nicht, dass man eine Diagnose stellen kann, die irgend einen Werth hätte. Wenn nicht andere Symptome den Schmerz unterstützen, so hat der Schmerz absolut keinen Werth, und unterstützen sie ihn, dann brauchen wir den Schmerz nicht.

Dr. Gross sagt, dass bei Ileus eine bestimmte Art Schmerz da ist. Ich habe auch ein Paar Ileusfälle gehabt, aber gefunden, dass da der Schmerz gar nicht ausgesprochen war.

Dass der Unterschied zwischen Cholelithiasis und Pyloruskrampf so leicht ist, dass man das gut unterscheiden könnte, dem kann ich nicht beistimmen. Wie kommt es denn, dass man Cholelithiasis mit Appendicitis verwechselt, mit Wanderniere, mit irgend welcher Krankheit? Wenn die Unterscheidung so leicht gewesen wäre, würden diese Verwechslungen nicht vorkommen. Ich kann mich eines Falles erinnern, bei dem ein sehr bekannter Chirurg hier eine Frau wegen Cholelithiasis operirt hat, und als man sie geöffnet hatte, fand man, dass die Gallenblase ganz gesund war und sie Syphilis der Leber hatte. Also dass man da, wo kein Icterus vorhanden ist, so leicht zwischen Cholelithiasis und Spasmus des Pylorus unterscheiden könne, von dem ich beiläufig sagen muss, dass ich Pylorospasmus für dasselbe halte wie Pyloralgie, das wüsste ich nicht. Die Ausstrahlung an der Schulter ist auch kein sicheres Zeichen. Es kommen manche Fälle von Cholelithiasis vor, die keine Ausstrahlungen in der Schulter und auch keinen Icterus haben.

Ich muss wiederholen, dass man von dem Schmerz im Allgemeinen nicht viel für die Diagnose gewinnen wird, mit Ausnahme davon, dass der Arzt, wenn Jemand mit einem Schmerz an einer bestimmten Stelle kommt, darauf geführt wird diese Stelle zu untersuchen und nicht von vornherein andere Körpertheile zu untersuchen, die gar nicht erkrankt sind.

Dr. Gross (Schlusswort): Ich möchte Dr. Einhorn zunächst erwidern, dass ich über die Achylia Gastrica nicht viel Erfahrung habe und daher auch über die angeführten Gastralgien, die da auftreten sollen, nichts sagen kann. Was die Erosionen betrifft, so habe ich in zwei Fällen heftige Schmerzen gefunden und kann daher nur der Meinung des Dr. Pariser in dieser Beziehung beitreten. Was Pylorospasmus anbelangt, so habe ich ausdrücklich gesagt, dass in einer

Reihe von Fällen spastische Contracturen auch gefühlt werden können. In solchen Fällen sprach ich von schmerzhafter spastischer Contractur, Pyloralgie.

Was die Leberneuralgie anbelangt, so glaube ich, dass in derartigen Fällen vielleicht der Schmerz sich zurückführen liesse auf eine Zerrung der Nerven, die infolge der Verlagerung der Leber stattfindet und die nicht immer mit der Leber an und für sich zusammenhängen muss.

Dr. Boldt möchte ich erwidern, dass ich von ausgedehnten Cervixrissen und ihren Folgen gesprochen habe.

Dr. Talmey möchte ich bemerken, dass meine ersten Worte folgende waren: Das Symptom des Schmerzes für sich allein kann uns nur in einer beschränkten Zahl von Fällen zu einer exacten Diagnose verhelfen. Damit fällt der grösste Theil seiner Entgegnung weg.

Der Präsident macht die Versammlung auf das Circular des Commers-Committees und auf die von demselben eröffnete Subscriptionsliste aufmerksam und ersucht die Mitglieder sich rege an dem Fest zu betheiligen.

Die folgenden Beamtennominationen für das Jahr 1898 werden angezeigt:

Zum Präsidenten: Dr. W. Freudenthal.

Zum Vice-Präsidenten: Dr. E. O. Bachmann.
Dr. W. F. Mittendorf.

Zum stellvertretenden prot. Secretär: Dr. S. Breitenfeld.

Zum correspondirenden Secretär: Dr. A. Rose.

Zum Aufnahme-Committee: Dr. J. W. Gleitsmann, Dr. H. J. Boldt, Dr. Willy Meyer, Dr. A. Seibert, Dr. F. Lange, Dr. M. Einhorn, Dr. C. Beck, Dr. L. Weber, Dr. I. M. Rottenberg, Dr. G. Peiser.

Zu Auditoren ernennt der Vorsitzende Dr. J. W. Gleitsmann und Dr. W. Hirsch; als Wahlinspectoren, ausser dem Schatzmeister Dr. L. Heitzmann, Dr. G. Langmann und Dr. H. J. Boldt.

Es wird beschlossen ,um Störung der Sitzung durch die Wahlen zu vermeiden, ein entlegenes Zimmer für die Abgabe der Stimmen zu sichern und der Präsident und Secretär ermächtigt, diesen Beschluss zur Ausführung zu bringen. Ferner wird, auf Antrag Dr. Gleitsmann's, beschlossen, dass der Stimmkasten um 8 Uhr 15 Minuten zur Wahl bereit gehalten und um halb 10 Uhr geschlossen werden soll.

Dr. W. Freudenthal schlägt Dr. Gilbert Van der Smissen zur Mitgliedschaft vor.

Schluss und Vertagung um 10 Uhr 45 Minuten.

Wissenschaftliche Zusammenkunft deutscher Aerzte.

110 West 34. Strasse.

Sitzung vom 22. October 1897.

Vorsitzender: Dr. Benjamin Morjé.

Dr A. Jacobi: FALL VON CHRONISCHER PERITONITIS NACH TRAUMA. Der 7 Jahre alte Junge wurde vor 4 Jahren von einem circa 1500 Pfund schweren Wagen überfahren. Am nächsten Tage stand er schon wieder auf, hatte keine peritonitischen Erscheinungen, kein Erbrechen oder sonst irgendwelche beunruhigenden Symptome. Nach einigen Tagen hingegen begann ein chronisches Krankheitsstadium sich zu entwickeln, welches in fast täglich auftretendem Erbrechen, unregelmässiger, zu steter Verstopfung geneigter Darmentleerung, Aufstossen und häufigen Flatus bestand. Vor einigen Tagen wurde dem Knaben zum Zwecke einer besseren Untersuchung der Magen mit Weinsteinsäure und Natrum bicarbonic. aufgebläht. Dabei konnte constatirt werden, dass derselbe circa 2—3 cm. über die Medianlinie nach der rechten Seite hinüberragte; nach unten hin dehnte er sich aus bis hinunter in die rechte Fossa iliaca, wo er augenscheinlich durch Adhäsionen fixirt ist. Der Knabe hat seine frühere Lebendigkeit verloren und sieht sehr heruntergekommen aus. Der Leib ist sehr stark aufgetrieben, die Hautvenen mässig geschwollen, hie und da lassen sich die Darmcontouren durch die cutane Decke hindurch erkennen. Die Untersuchung des Erbrochenen ergibt, dass Fleisch ziemlich gut verdaut wird, nicht so Brod und Früchte.

Dr. G. Langmann frägt, ob der Knabe gleich nach dem Unfall in ärztliche Behandlung kam, was vreneint wird. Dr. Langmann stellt die Frage deshalb, weil es bekannt ist, dass auch sehr bedeutende traumatische Exsudate, wenn gleich in Angriff genommen, resorbirt werden können ohne irgendwelche Folgezustände. Er errinnert sich an einen Fall von septischer puerperaler Peritonitis, bei der die Laparatomie mit nachfolgender Toilette gemacht wurde. Es waren ausgedehnte Exsudatmassen vorhanden, und doch, als die Patientin ein Jahr später an einem ganz anderen Leiden starb, ergab die Section keine Veränderungen des Peritoneums, welche auf eine frühere Affection desselben hätten schliessen lassen.

Dr. J. A. Schmitt: Dr. Jacobi schreibt die Verlagerung des Magens Adhäsionen zu; dann finde ich, dass ein chirurgischer Eingriff am Platze ist, und zwar, um zwei Indicationen gerecht zu werden, nämlich um die Adhäsionen zwischen den verschiedenen Organen zu lösen, und ferner, weil eine Laparatomie erfahrungsgemäss an und für sich einen günstigen Einfluss auf die Resorption in solchen Peritonitiden hat.

Dr. Willy Meyer: Was wir über die traumatische Peritonitis wissen, lehrt uns so viel, dass die dadurch hervorgerufenen Adhäsionen ganz anderer Art sind, als diejenigen rein entzündlichen Ursprungs. Die Verklebungen sind bei Trauma flächenhaft und so innig, dass an ein manuelles Lösen einfach nicht zu denken ist. Er erinnert

sich eines Falles, wo eine Strictur des Colon descendens vorlag bei zahlreichen Adhäsionen mit den Nachbarorganen. Man versuchte die Verwachsungen frei zu machen; besser wäre eine Darmnaht gewesen. Die Gastroenterostomose wird jetzt sogar in gewöhnlichen Fällen von Gastrectasie im Hamburger Krankenhaus ausgeführt. Sie sollte deshalb hier in Frage kommen.

Dr. Einhorn scheint es doch noch nicht so unbedingt bewiesen, dass das ganze vorliegende Krankheitsbild dem Magen zuzuschreiben sei. Er möchte die Untersuchung noch weiter führen. Er sah einen ähnlichen Fall, mit ausgesprochenen Magensymptomen, und als man den Magen untersuchte, fand man ihn absolut leer und es zeigte sich, dass alle Erscheinungen durch weiter unten liegende Stenosen und Verengerungen hervorgerufen wurden.

Dr. J. Kaufmann will ebenfalls dem Vorschlag der Gastroenterostomose von Dr. Willy Meyer entgegenhalten, dass es sich aller Wahrscheinlichkeit nach in dem vorliegenden Fall nicht um ein einziges und hauptsächliches Hinderniss am Pylorus handle, sondern dass ziemlich weiter unten im Verlauf des Darmtracts weitere Adhäsionen, bezw. Stenosen zu erwarten sind. Er glaubt auch, dass Lösungen von traumatischen peritonitischen Adhäsionen zu den schwierigsten und verzweifeltsten chirurgischen Eingriffen gehörten. Diese Gastroenterostomie wird oft als ein Act der Selbsthülfe von der Natur ausgeführt, so erinnert er sich eines von Lücke operirten Falles, wo man eine Verbindung zwischen dem Dickdarm und einer Dünndarmschlinge herstellen wollte und dann fand, dass zwischen den adhärirten Darmstücken bereits multiple Perforationen bestanden, welche so zu Darmanastomosen geführt hatten. Nach seiner Ansicht ist von einer guten, dem Verdauungsvermögen angepassten Ernährung wohl ein Erfolg zu erwarten.

Dr. Willy Meyer: Ich war bei der Vorstellung des Patienten noch nicht anwesend und glaubte, als ich zur Discussion aufgefordert wurde, es handle sich um ein umschriebenes auf den Magen beschränktes Leiden.

Dr. Caillé: Bevor man zu einem letzten chirurgischen Eingriff vorgehe, der ja berechtigt sei, sobald alle anderen Mittel versagten, möchte er doch noch einer regelrecht ausgeführten Massage das Wort sprechen.

Dr. Max Einhorn: FALL VON CARCINOMA PYLORI, wahrscheinlich auf dem Boden eines früheren Ulcus. Die Anamnese ergibt, dass die Patientin schon vor 20 Jahren Magenblutungen gehabt hat. Seit einigen Monaten hat sie stark abgenommen. Die Magenuntersuchung ergiebt Vorhandensein von Salzsäure, doch findet man im Magen zu jeder Zeit noch unverdaute Speisereste. Oft zeigt derselbe peri- und antiperistaltische Bewegungen. Bei der Palpation lässt sich in der Pylorusgegend eine deutliche Resistenz nachweisen.

Discussion: Dr. J. Kaufmann: Die vorhandenen Symptome deuten nicht unbedingt auf Carcinom hin, das Vorhandensein der freien Salzsäure spricht sogar dagegen. Ein vorhandenes Ulcus würde sich ebenfalls mit allen Erscheinungen decken und die Resistenz durch adhäsive Verwachsung zu erklären sein.

Dr. Einhorn erwartet bei einem Ulcustumor eine glattere Oberfläche bei kleinerem Umfang der Geschwulst. Wenn er auch sich nur zu einer Wahrscheinlichkeitsdiagnose berechtigt sieht, so macht ihm doch der Fall den Eindruck eines Carcinoms, besonders wegen der sich allmälig ausbildenden Cachexie.

Dr. Carl Koller: FALL VON LUXATIO LENTIS NACH TRAUMA. Der Patient wurde vor 7 Jahren verletzt, indem ihm ein Stück Holz gegen das linke Auge flog. Es scheint ein Prolaps der Iris vorhanden zu sein, welcher durch einen anderen Arzt resecirt wurde. Status praesens: Vordere Kammer sehr tief, Iris etwas schlotternd, mit dem Augenspiegel sieht man den Sehnerven wie in einem aphakischen Auge. Auf dem Grunde des Glaskörpers flottirt die Linse als bläulich weisser Körper umher. Lässt man den Patienten sich nach vorne neigen, so fällt die Linse theilweise über den Pupillarrand in die vordere Kammer vor. Gegenwärtig ist kein Reizzustand vorhanden, die Tension kaum gesteigert.

Dr. A. Caillé frägt, ob nicht eine Indication zur Entfernung der Linse vorliege.

Dr. C. Koller: Nicht, so lange das Auge nicht gereizt ist. Im Uebrigen ist die Entfernung einer solchen Linse oft recht schwierig und es sind mehrere Methoden dazu angegeben worden, auf die er hier nicht eintreten kann.

Dr. Hermann Goldenberg demonstrirt einen Patienten mit Mycosis fungoides in einem relativ frühen Stadium und bespricht vor der Vorstellung in kurzen Worten das Krankheitsbild, das von Albert vor etwa 60 Jahren beschrieben wurde. Der Name, obgleich die Krankheit nicht characterisirend, ist von der Mehrzahl der Autoren beibehalten worden, andere Bezeichnungen wie Granuloma fungoide (Auspitz), Sarcomatosis cutis (Kaposi) etc. beweisen indessen, dass die Pathologie und Aetiologie noch sub judice sind. Der Vorstellende bespricht die verschiedenen Stadien und das klinische Bild der Erkrankung.

Der Patient, 38 Jahre alt, in Russland geboren, hereditär nicht belastet, nie inficirt, Vater von 5 gesunden Kindern, erkrankte vor 4 Jahren an einer stark juckenden Hautkrankheit, die an der Innenfläche des Oberschenkels ziemlich symetrisch beiderseits in Form von rothen Flecken begann. Dieselben verbreiteten sich peripher, wurden schuppend, nahmen an Grösse und Zahl zu, bis sie schliesslich fast den ganzen Körper bedeckten. Zuletzt erschienen sie im Gesicht und auf dem Kopf. Patient erschien in Mount Sinai Dispensary am 11. Juni des Jahres mit folgendem Status präsens:

Schwächlicher untersetzter Patient, dessen Allgemeinbefinden indessen nicht wesentlich gestört ist (er ist noch im Stande, seinem Gewerbe als Hausirer nachzugehen). Gesicht und Stirne braun pigmentirt, daneben ziemlich scharf umschriebene erythematöse Plaques. Haarausfall und diffuse Röthung und Schuppung des Kopfes. Vergrösserung der prae- und postauriculären Drüsen, rothe schuppende Plaques hinter den Ohren. Beim Entkleiden zeigt sich die Haut beinahe des ganzen Körpers pigmentirt, die Farbe zwischen Bronce und

Café au lait variirend. Nur hie und da kleine Strecken normal pigmentirter Haut. Daneben ziemlich scharf umschriebene, flach handgrosse, scheibenförmige, roth und blaurothe erythematöse und squamöse Plaques an Brust, Bauch und Rücken in grosser Menge. Nirgends Blasen, kein Nässen. Nur an beiden Schulterblättern in den Achselhöhlen einige dünne Krusten, nach deren Entfernung eine rothe, feuchte Fläche zu Tage tritt. Die Haut ist verdickt, ödematös infiltrirt, auf Druck mässig schmerzhaft, an einer Reihe von Stellen, namentlich am Rücken, über dem Kreuzbein in Falten, als ob sie zu gross für die Unterlage wäre. Inguinale und pectorale Drüsenschwellung. In beiden Schenkelbeugen, 4 Zoll unterhalb des lig. Poupartii, scharf umschriebene, über das Hautniveau sich erhebende, derbe, blauroth gefärbte Infiltrate von der Grösse eines Silberdollars. Urin- und Blutuntersuchung negativ. Schleimhäute und innere Organe normal. Allgemeinbefinden gut, etwas gestört durch das angeblich unerträgliche Jucken. Aus diesem Symptomenbild glaubte sich der Vortragende schon bei der ersten Untersuchung berechtigt, die Diagnose auf Mycosis fungoides, und zwar auf das von den Franzosen sogenannte Stadium „Erythrodermie prémycosique" zu stellen. Mit dieser Diagnose wurde der Patient eingetragen, trotzdem sich noch nirgends irgendwelche Knoten zeigten. (Der Vortragende begründete die damals gestellte Diagnose aus dem Symptomencomplex.) Der Zustand des Patienten hat sich seit dieser Zeit (4½ Monate) nicht wesentlich verändert. Die Bräunung hat etwas zugenommen, einzelne eczematöse Herde sind verschwunden, andere sind im Centrum erblasst und peripher fortgeschritten. Gegen Ende Juni erschien der erste Knoten von Erbsengrösse an der Innenfläche des Oberarmes. Es bestand daselbst ein derber druckempfindlicher Knoten, der im Laufe von 6 Wochen spontan mit Hinterlassung einer leichten Narbe schwand. Seitdem sind an anderen Stellen ähnliche Knoten aufgetreten und gegenwärtig (am 22. October) findet sich ein bohnengrosser Knoten am linken Vorderarm und ein solcher von der Grösse eines 25 Centstückes am rechten Unterschenkel. Es wird dadurch die Diagnose auf Mycosis fungoides bestärkt, und aller Wahrscheinlichkeit nach werden sich über kurz oder lang die characteristischen knolligen Tumoren, die zerfallen und fungöse Geschwüre bilden, und der Erkrankung ihren Namen gegeben haben, beim Patienten einstellen.

Discussion: Dr. Herrmann Klotz: Ueber die Richtigkeit der gestellten Diagnose kann kein Zweifel herrschen. Auf einige Punkte ist hingegen noch aufmerksam zu machen. Nicht in allen Fällen kommt das eczematöse Stadium so ausgeprägt zum Ausdruck, wie in dem vorliegenden. Dasselbe ist von der Pigmentation zu sagen. Die Tumoren, die hier noch mit gesunder Epidermis bekleidet sind, werden später einschmelzen und an ihre Stelle ein schwammiges, leicht blutendes Gewebe treten.

Dr. Frederick Leviseur: Der Fall gehört eigentlich noch dem zweiten Stadium an, gerade im Uebergang zum dritten. Ausgesprochene fungöse Tumoren sind noch keine vorhanden. Deshalb ist der Fall auch gerade so interessant und wohl der erste überhaupt,

der hier mit sicherer Diagnose sehr früh vorgestellt ward. Im Frühstadium liegen eigentlich über diese Affection nur Beobachtungen von Philippson in Hamburg vor. Einige Dermatologen sprechen die Krankheit als Sarcomatosis, andere als Lymphadenome an. Redner selbst hat vor zwei Jahren die Photographien eines von ihm behandelten Falles von fortgeschrittener Mycosis fungoides gezeigt. Das besonders Interessante an diesem Falle war, dass die Patientin — es handelte sich um eine 30-jährige Frau — im Verlaufe der Affection einen inguinalen Lymphdrüsenabscess bekam, der im New York Hospital operirt wurde. Derselbe ging mit ausgedehnter Eiterung einher und schien auf das Hautleiden einen ausserordentlich günstigen Einfluss auszuüben. Es würde dies zu Gunsten der in neuester Zeit von verschiedenen Seiten empfohlenen Anwendung von Erisypelastoxin sprechen, eine Therapie, die man umso eher versuchen könnte, als ja die Diagnose in solchen Fällen eine trostlose ist. Drüsenschwellungen sind bei Mycosis fungoides nicht sehr ausgeprägt, können sogar ganz fehlen. Auch Metastasenbildung in inneren Organen scheint nicht vorzukommen; sie fehlten in Leviseur's Fall, wie auch in dem vorliegenden. Metastasen in den inneren Organen liessen sich keine nachweisen, was sich also gegen die Sarcomnatur der Affection einwenden liesse.

Dr. A. Jacobi möchte nur daran erinnern, dass, wenn auch Sarcome im allgemeinen grosse Neigung zu Metastasenbildung zeigen, diese Eigenschaft doch viel weniger ausgesprochen ist bei Sarcomen der Haut. Diese Eigenthümlichkeit der Hautsarcome findet man auch in der Literatur erwähnt.

Dr. Goldenberg fügt seiner Krankengeschichte noch bei, dass Dr. Heiman das Blut des Patienten untersuchte, ohne irgend welche pathologische Veränderungen in demselben zu finden. Als Therapie wandte er erst Arsenik an, musste aber diese Medication wegen Vergiftungserscheinungen aussetzen, und jetzt erhält der Patient Strychnin innerlich, und äusserlich Theer.

VORSTELLUNG VON PRAEPARATEN.

Dr. Willy Meyer: Fall von Tuberculose des uropoëtischen Systems. Der 40jährige Patient hatte vor 8 Jahren Gonorrhoe durchgemacht, welche vollständig ausheilte. Die Anamnese ergibt zwei Fälle von Phthise in der Familie. Seit einem Jahr stellten sich Symptome von Strangurie, Tenesmus und Blutharnen ein, meistens in Attacken. Wenn ein Patient mit solchen subjectiven Klagen und Blutbefund im Urin zu uns kommt, so müssen wir, wenn nicht eine andere näher liegende Ursache nachweisbar ist, stets an eine bestehende Tuberculose des uropoëtischen Systems denken, welche erfahrungsgemäss viel häufiger vorkommt, als allgemein angenommen wird. Der Patient wurde von College Klotz urethroscopisch auf das genaueste untersucht und da das Leiden höher zu liegen schien, mit Verdacht auf Nieren-Tuberculose Redner überwiesen. Obgleich Tubercelbacillen nicht gefunden werden konnten, wurde auf dem vorhandenen Symptomenbild der Pyelonephrose die Diagnose Tuberculose der Nieren, wie folgt, aufgebaut und zur Operation gerathen. Unter Cocain wurde mit dem Irrigationscystoscop untersucht und der Befund war ein characteristi-

scher. Zerstreut im Fundus der Blase fand man mehrere Ulcerationen, eine solche auch hinter der rechten normalen Ureterenöffnung; die linke Ureterenmündung war nicht zu entdecken. An ihrer anatomischen Stelle fand sich eine geschwellte, ulcerirte Schleimhaut, welche auf Berührung blutete. Der Befund einer gesunden oder relativ gesunden Ureterenöffnung bei Erkrankung derjenigen der anderen Seite ist ein pathognomisches Symptom der einseitigen Nierentuberculose, worauf Redner zuerst aufmerksam gemacht. In zweifelhaften Fällen räth Dr. Willy Meyer an, zur Sicherung der Diagnose Tuberculin einzuspritzen, was von einem neuen Schub von Tubercelbacillen gefolgt wird, und so den Nachweis derselben leichter macht. Im vorliegenden Fall entschloss sich der Vortragende zur Nephrectomie nach der Methode von Fedorow, welche nach der bei den Gynäcologen üblichen Weise eine Stielklammer anlegt, die nach ein bis zwei Tagen entfernt wird. Früher musste man den Nierenstiel nach Massenligatur absterben lassen. Patient machte eine gute Reconvalescenz durch. Das Ideal einer solchen Operation soll sein, falls der Ureter nicht sofort mit exstirpirt werden muss, den Ureter in die Wunde einzunähen, sodass man von hier aus die Blase ausspülen kann.

Discussion:

Dr. Louis Heitzmann frägt um Aufklärung des microscopischen Befundes. In einem Fall, in welchem verschiedene Blasengeschwüre vorhanden sind, ist dies unter allen Umständen durch Bindegewebsfetzen, Eiterkörperchen und Epithelien im Urin nachweisbar. Wenn dieser Befund mit Anzeichen einer Nephritis und herabgekommener Constitution vorhanden ist, kann man eine Wahrscheinlichkeitsdiagnose machen, selbst wenn keine Tubercelbacillen gefunden werden Es ist ihm dies in mehreren Fällen gelungen.

Dr. A. Jacobi glaubt nicht, dass durch die Tuberculineinspritzung die Bacillen vermehrt werden, vielmehr bestehe das diagnostische Moment derselben im Auftreten der characteristischen Tuberculinreaction (Temperaturerhöhung etc.).

Dr. Willy Meyer: Durch die Untersuchungen von Czerny in Heidelberg wurde nachgewiesen, dass mit der Temperatursteigerung auch die Anzahl der Tubercelbacillen zunimmt.

Dr. A. Jacobi zeigt das Nierenpräparat aus dem Körper eines 8wöchentlichen Kindes, welches vor 8 Tagen mit der Diagnose Opiumvergiftung in das Spital gebracht wurde. Die Pupillen sollen sehr klein gewesen sein, seit 2 Tagen hatte Anurie bestanden, Catheterisiren brachte keinen Urin hervor. Erst nach 10 Stunden wurde etwas Urin gelassen, welcher eine mässige Menge Eiweiss und Cylinder enthielt. Herzgeräusche traten auf, der Körper bedeckte sich mit Blutextravasaten und es entwickelte sich ein septischer Zustand, an dem das Kind zu Grunde ging. Befund bei der Autopsie: Darmgeschwüre mit leichten Blutungen, Rauhigkeiten an der Mitralis, Nephritis mässigen Grades und zahlreiche Nierensteinchen in beiden Nierenbecken.

Alfred Michel, Secretär.

CORRESPONDENZ.

Die chemische Wirkung der Galvanisation auf lebendes Gewebe.

Die unter obigem Titel in Bd. LX. des „Archiv für die gesamte Physiologie" als Resultat mühevoller Spezialstudien erschienene gemeinschaftliche Arbeit der Herren Dr. G. W. Jacoby und Dr. F. Schwyzer hat seit kurzem erhöhte Bedeutung gewonnen. Die Veranlassung dazu gab die angebliche Entdeckung von Dr. Mount Bleyer von der Heilkraft der Electrizität bei „nicht weit fortgeschrittener" Tuberculose, von welcher wir deshalb Notiz nehmen, weil der Entdecker später — zur Zeit würde er „wegen der durchschnittlichen Unerfahrenheit der Aerzte in der Handhabung des electrischen Stromes" für seine Demonstration kein Verständniss finden, — seine Heilmethode einer Fach-Commission zur Prüfung unterbreiten will.

Dr. Mount Bleyer argumentirt folgendermassen: Er nimmt die Anwesenheit von O_3 im Blute als erwiesen an. Bekanntlich hat O_3 antibacterielle Eigenschaften. Wenn in genügender Menge vorhanden, wird durch O_3 das Blut sterilisirt. Da nun der active, polarisirte Sauerstoff durch Electrizität entsteht, so muss sich durch Galvanisation folgerichtig eine entsprechende Vermehrung des Ozongehaltes des Blutes erreichen lassen. Damit ist der Electrotherapie ein neus Gebiet — die Vernichtung der Bacterien im lebenden Organismus — erschlossen. Ohne seiner Entdeckung Grenzen ziehen zu wollen, beschränkt sich Dr. Mount Bleyer vorläufig auf die Anwendung des constanten Stromes zur Bekämpfung der Tuberculose. Als Beweisgründe des Heilerfolges führt er neben den von ihm behandelten Patienten das Thierexperiment an, welches als Wirkung der Galvanisation nicht nur die den Bacterien ungünstige neutrale Reaction des Blutes, sondern auch eine Vergrösserung der rothen Blutkörperchen gezeigt haben soll.

Der Einladung an die „sachverständigen" Vertreter der Presse Folge leistend, bot sich uns unlängst Gelegenheit, einer Demonstration von Dr. Mount Bleyer beizuwohnen. Hinsichtlich der Krankenvorstellung machten sowohl die Anamnese, als auch der status praesens, welcher durch die vom Health Department vorgenommene bacteriologische Untersuchung bestätigt wurde, die Diagnose „Tuberculose" unzweifelhaft. Die Patienten befanden sich mit einer Ausnahme in befriedigendem Ernährungszustand. Sie bezeugen, ausschliesslich mit Electrizität behandelt und dadurch bedeutend gebessert worden zu sein. Die uns gütigst gestattete objective Untersuchung hatte folgendes Resultat: Die vergleichende Percussion in der fossa supraclavicularis ergab verschiedene Schallqualitäten; die Auscultation liess bei einem Kranken fast reines Vesiculärathmen, bei drei anderen verschärftes Vesiculärathmen und bei einem Patienten, der stark hustete, bronchiales Athmen mit Rasselgeräuschen erkennen. Exitus letalis war keiner zu verzeichnen.

Das Thierexperiment ging in der Weise vor sich, dass einem anscheinend gesunden Kaninchen, welches angeblich eine Stunde zuvor

noch gefressen hatte, die beiden angefeuchteten Schwammelectroden dicht hinter den vorderen Extremitäten rechts und links am Thorax mittelst Lederriemen angepresst wurden. Der Leitungswiderstand der Haut war zuvor nicht ausgeschaltet, das Versuchsthier nicht einmal rasirt worden! Nachdem ein constanter Strom von 20 Volts längere Zeit eingewirkt hatte, wurden die Halsgefässe durchschnitten. Das Blut blieb flüssig und zeigte die hellkirschrothe Farbe, wie sie für die CO-Vergiftung characteristisch ist. Ueber die behauptete Vergrösserung der rothen Blutkörperchen erlauben wir uns kein Urtheil, weil diesbezügliche Messungen weder vorher noch nachher vorgenommen wurden. Dagegen glauben wir uns von der neutralen Reaction des Blutes überzeugt zu haben.

Eine Kritik dieser Demonstration können wir uns füglich ersparen. Wenn wir auch die Möglichkeit, Bacterien mittelst Electricität zu tödten, nicht in Abrede stellen, so leugnen wir doch diese Möglichkeit, wenn es sich um Vernichtung der Bacterien in dem praktisch allein in Frage kommenden lebenden Organismus handelt. Der Sitz der primären Tuberculose ist meistens die Lunge. Wir sehen davon ab, dass die Lunge als ein relativ trockenes Organ dem electrischen Strom einen stärkeren Widerstand entgegensetzt, als das umgebende Gewebe, welches vermöge seines grösseren Feuchtigkeitsgehaltes den electrischen Strom nothwendig ableitet. Aber selbst dann, wenn die Lunge wirksam galvanisirt werden könnte: würde hiezu nicht eine grössere Electricitätsmenge erforderlich sein, als der Organismus ohne ernste Gefährdung seiner Funktionstüchtigkeit ertragen könnte? Würde nicht m. a. W. der Wirth ebenso stark geschädigt werden, wie die parasitäre Ansiedlung? Das sind schwerwiegende Bedenken, die Dr. Mount Bleyer mit dem Thierexperiment keineswegs widerlegt hat.

Ob und wie der Demonstrator seine Patienten gebessert hat, lassen wir dahingestellt sein. Die Fälle sind ja nicht selten, wo Tuberculosis incipiens unter günstigen Lebensbedingungen spontan zur Ausheilung kommt. Das Thierexperiment aber beweist gar nichts! Zunächst wissen wir nicht, ob das Kaninchen überhaupt unter der Wirkung des constanten Stromes stand. Wir wissen auch nicht, ob das Versuchsthier vor Ausführung des Experimentes irgend einer Schädlichkeit (vielleicht toxischer Natur) ausgesetzt war. Wir wissen aber — und dies ist die Quintessenz der eingangs erwähnten Arbeit —, dass die Galvanisation des Thierkörpers keine Veränderung des Blutes herbeiführt, welche die Annahme einer Sterilisation rechtfertigen könnte. Die Wirkung des constanten Stromes auf den Thierkörper liegt auf einem ganz anderen Gebiete. Die Prämisse des Dr. Mount Bleyer ist falsch; damit fällt seine angebliche Entdeckung in sich zusammen! Um so weniger überrascht dieses Resultat einer auf Sensation berechneten Demonstration, als der Demonstrator sich glaubhaften Gerüchten zufolge auch sonst schon geirrt haben soll und Irren bekanntlich menschlich ist.

Dr. W. Müller.

Editorielles.

RUDOLF VIRCHOW'S JUBELBAND.

Rudolf Virchow feiert in diesem Semester nicht allein das 50-jährige Jubiläum seiner academischen Thätigkeit, sondern auch des Bestehens der Zeitschrift, welche als „Virchow's Archiv" einen integrirenden Bestandtheil des medicinischen Wissens und der Geschichte dieses Wissens bildet. Virchow gründete das Archiv für pathologische Anatomie und Physiologie und für die klinische Medicin mit Benno Reinhardt im Jahre 1847. Am Schlusse des vierten Bandes widmet er nicht nur seinem so früh verstorbenen Mitbegründer einige Erinnerungsblätter, sondern er spricht sich darin auch über die Entstehung seines Archivs aus. „Es gehörte einiger Muth dazu, seinen Namen an ein Unternehmen zu riskiren, das so viel Concurrenz zu überwinden hatte, und das die Absicht nicht verhehlte, auf den Entwicklungsgang der Wissenschaft Einfluss zu erwerben. Es galt, einen Kampf um Principien und Methoden, gegen Schulen und Autoritäten zu beginnen, bloss im Vertrauen auf die eigene Kraft, in Zuversicht auf die gute Sache. — Es war vielleicht Vermessenheit, aber gewiss nicht Ehrgeiz. Wir alle Beide würden gerne unsere Arbeiten in andere Zeitschriften gegeben haben, wenn sie uns zur Hand gewesen wären. Allein Traube's Beiträge, welche unsere ersten grösseren Aufsätze brachten, wurden nicht fortgesetzt, hauptsächlich aus Gründen des Verlegers. Die übrigen nordischen Zeitschriften widerstanden uns um ihrer Principlosigkeit und ihrer inneren Leere willen. Die süddeutschen Journale waren uns sehr entfernt, und ausserdem hatte ich bittere Erfahrungen mit ihnen gemacht. Eines derselben hatte mir Arbeiten, z. B. über die Venenentzündung, mit wohlmeinenden Rathschlägen zurückgesendet, Arbeiten, die zum Theil in seinen eigenen Spalten später bestätigt worden sind. Ein anderes hatte an meinen Arbeiten allerlei auszusetzen, z. B., dass sie zu chemisch seien, und glaubte seinen Lesern gegenüber nur eine theilweise Aufnahme verantworten zu können. Ueberdies fühlten wir uns voll Arbeitslust und die Uebertragung der Prosectur an der Charité an mich hatte uns Beiden Material in Masse zur Disposition gestellt. Manches war schon durchgearbeitet, noch viel mehreres in Angriff genommen."

Das vor uns liegende Heft des 150. Bandes ist mit dem Bilde des grossen Gelehrten geschmückt und der Text wird eingeleitet mit einem kurzen Rückblick „Unser Jubelband" aus der Feder von Virchow, sowie mit der Skizze seines am Moskauer Internationalen Congress gehaltenen Vortrages „Die Continuität des Lebens als Grundlage der modernen biologischen Anschauung." Hier, wie schon vor Jahren vor der Royal Society in London betont Virchow, dass die Medicin, vor allem die Grundwissenschaft derselben, die Pathologie, eine biologische Wissenschaft geworden ist. Die Medicin ist heute nicht mehr, wie früher, ein Tummelplatz speculativer Theorien, sondern an deren Stelle haben Virchow und seine Geistesgenossen die naturwissenschaftliche Methode als die allein bestimmende eingeführt. Virchow stellte die Zelle als das anatomische und physiologische Substrat des gesun-

den und des kranken Lebens hin, und erweiterte den Satz Harvey's, Omne vivum ex ovo zu demjenigen: Omnis cellula e cellula. Hingegen verwahrt er sich dagegen, seine Cellularpathologie als ein pedantisches System aufgefasst zu sehen: „Die Cellularpathologie ist kein System; sie hat, wie die Erfahrung gelehrt hat, Raum für jede thatsächliche neue Wahrheit auf dem grossen Gebiete unserer Wissenschaft. Verschieden von den früheren sogenannten Zelltheorien erfasst sie die Zelle als das lebende Element, dessen Leidens- und Thätigkeitsgeschichte die pathologische Physiologie darstellen soll. Hier handelt es sich um ein Princip, nicht um ein System. An dem Princip lässt sich nichts ändern; es bleibt dasselbe, wie man auch seine Verwirklichung im einzelnen Fall deuten oder gestalten mag."

An der Jubiläumsfeier in Berlin deutete Virchow in seiner Entgegnung auf den Gruss des Rector Magnificus an, dass er sich jetzt mit einem Gefühl der Befriedigung zurückziehen könne, nachdem ihm die Regierung versprochen, ein Pathologisches Institut und Museum zu errichten, das nach seinen Plänen und Ideen ausgeführt werde. Wenn aber Virchow in seinem Arbeitszimmer von diesen Plänen aufsieht und seinen Blick nach der stattlichen Anzahl von Bänden richtet, welche als S e i n A r c h i v die Wissenschaft bereichert und reformirt hat, wird er nicht mit Horaz sagen: „Exegi monumentum aere perennius?"

Therapeutische und klinische Notizen.

— Unter dem Titel „Starke Lösungen der I c h t h y o lgruppe bei der Behandlung acuter und chronisch entzündlicher Zustände der Haut" veröffentlichte Dr. H e r m a n n K l o t z im Journal of Cutaneous and Genito-urinary Diseases eine Arbeit, über welche die Monatshefte für Pract. Dermat. das folgende Referat bringen: Innerhalb der letzten 3—4 Jahre hat Verfasser in ausgedehnter Weise Ichthyol und Thiol und in beschränktem Masse Tumenol angewandt. Das Thiol fand Verfasser fast ebenso wirksam wie das Ichthyol, nur dass jenes vor diesem den Vorzug der Geruchlosigkeit besitzt. Eine ausgezeichnete, bisher wenig hervorgehobene Eigenschaft haben alle drei Medicamente zusammen gemeinsam, nämlich, dass sie in einer dünnen Schicht rein oder vermischt mit gleichen Theilen Wassers auf der Haut ausgebreitet ganz rapide eintrocknen und einen sehr feinen Ueberzug als Decke zurücklassen. Durch die rasche Verdunstung empfindet man auf der Haut eine wohlthuende Kühle; gleichzeitig schliesst die Decke die afficirten Hautpartien gegen die äussere Luft und Irritamente ab, sodass man eines weiteren Verbandes entbehren kann. Die Ichthyol- und Thioldecke lässt sich im Gegensatz zu den Collodium- und Traumaticinverbindungen leicht mit Wasser wegwaschen. Tumenol wird vom Wasser weniger beeinflusst und eignet sich deshalb besonders für feuchte Stellen, beispielsweise für die Glans penis nahe dem Orificium. Im Sommer bei starker Hitze und feuchter Wärme empfiehlt es sich, die vorher bestrichenen Partien mit einem indifferenten Puder zu bestreuen. Verfasser rät, mit der Ichthyol- resp. Thiollösung nicht zu

ängstlich zu sein. Er habe keinen Fall beobachtet, der nicht die stärksten Lösungen vertragen hätte. Doch sollte man nicht unterschiedslos starke Präparate gebrauchen, sondern die Concentration dem jeweiligen Falle und dem jeweiligen Stadium einer Affection anpassen. Im folgenden theilt Verfasser seine guten, zum Theil ausgezeichneten Resultate mit, die er bei verschiedenen krankhaften Zuständen der Haut, so bei Erysipel, Dermatitis venenata und anderen mit der Application von Ichthyol-, Thiol- und Tumenolpräparaten erzielt hat. Er schliesst seine interessanten Betrachtungen mit einem Citat aus Kromayers Allgemeiner Dermatologie ab, das den Dermatologen daran erinnert, über dem Experimentiren mit stets neuen Präparaten nicht die alten wohlerprobten und bewährten Medicamente zu vergessen und zu vernachlässigen.

— In den Ann. des malad. des org. genito-Urin. 1897, No. 6 behandelt Banzet, Schüler von Guyon die Therapie der tuberculösen Cystitiden. Kranke mit tub. Cystitis bedürfen vor allen Dingen einer kräftigen roborirenden Diät und dürfen nicht auf reine Milchdiät gesetzt werden. Man kann durch alleinige medicinische Behandlung eine Heilung erzielen. Eine locale Behandlung ist in allen Fällen indicirt und giebt namentlich in den Anfangsstadien günstige Resultate. Am besten haben sich tägliche Einträufelungen von 50—60 Tropfen 0,1—1-procentiger Sublimatlösung bewährt. Alle anderen localen Mittel, namentlich auch das Arg. nitr. sind weniger wirksam oder direct schädlich; ausgenommen ist höchstens das Guajacol, das besonders schmerzstillend wirkt. Hat die allgemeine und locale medicinische Behandlung namentlich auf die Schmerzen und auf die Häufigkeit des Urinirens keinen Einfluss, so kommen blutige Eingriffe in Frage. In erster Linie zu versuchen ist die Curettage des Blasenhalses, beim Manne durch eine perineale Boutonniere, beim Weibe durch die Harnröhre. Die Curettage wird mit einer ergiebigen, länger dauernden Drainage verbunden. Beide Eingriffe wirken namentlich sehr günstig auf die Schmerzen und auf den Allgemeinzustand ein; sollten sie aber unwirksam sein oder nur eine kurz dauernde Besserung im Gefolge haben, so muss die Sectio alta vorgenommen werden. Beim Weibe kann man im äussersten Nothfalle auch schliesslich noch eine Blasenscheidenfistel anlegen. — Die blutigen Eingriffe sind gegebenenfalls auch dann indicirt, wenn die Kranken sehr schwach und heruntergekommen sind oder bereits in anderen Organen vorgeschrittene tuberculöse Erkrankungen haben.

— Von den bei Keuchhusten angeführten Medicationen und Behandlungsmethoden gewähren noch am meisten Aussicht auf Erfolg das Bromoform, das Antipyrin und, sofern es nicht auf grossen Widerstand stösst, das Chinin. Ebenso kann man es mit Insufflationen von Resina Benzoes versuchen, ohne nachtheilige Folgen befürchten zu müssen, allerdings mit einer gewissen Auswahl der Fälle. — Wenn die Anfälle von allgemeinen Convulsionen gefolgt sind, wird man zu stärkeren Narcoticis greifen müssen, und empfiehlt sich dann besonders das Chloralhydrat. Pentzoldt und Stintzing Handb. d. Ther.

— Eine besondere Art von symptomatischer Behandlung des Keuchhustens hat Nägeli angegeben. (Corresp. f. Schweizerärzte 1889, No. 14. Ein Handgriff zur Unterdrückung des Stickkrampfes bei Keuchhusten.) Mit den beiden halbgebogenen Zeige- und Mittelfingern wird der aufsteigende Ast des Unterkiefers vor dem Ohr fest gefasst, die Daumen werden auf das Kinn gesetzt, und mit kräftigem und doch sanftem Zug und Druck schiebt man den Unterkiefer nach vorn und unten. Ist der Mund etwas geöffnet, so greifen beide Zeigefinger in der Gegend der Eckzähne ein und fixiren den Kiefer. Ist der Mund beim Husten schon etwas geöffnet, so fasst man gleich von Anfang an mit beiden Daumen oder Zeigefingern den Kiefer an besagter Stelle inwendig, legt die übrigen Finger am Unterkieferkörper auf und vollführt derart den Zug nach unten. Dieser Handgriff kann verschieden modificirt und auch von hinten ausgeführt werden. Die Einwirkung erklärt Nägeli reflectorisch durch Lösen des Muskeltonus und mechanisch, indem durch Heben des Kehlkopfes mit dem Zungenbein der Kehldeckel, vielleicht auch die Rima glottidis geöffnet wird. Das regelmässige Unterdrücken der Anfälle durch den Nägeli'schen Handgriff, der von der Umgebung leicht beim Beginn jedes Anfalls ausgeführt werden kann, hat angeblich einen günstigen Einfluss auf den Verlauf und die Heilung der Krankheit. — Pentzold und Stintz. l. c.

— H. Bordier und H. Fränkel in Lyon beschreiben ein neues Zeichen der peripheren Facialislähmung. (Semaine Med. 1897, No. 42.) Beim Schliessen der Augen weicht auf der erkrankten Seite das Auge nach oben und leicht nach aussen ab. Wenn der Kranke mit vollkommener Entartungsreaction ein vor ihm liegendes Object fixirt, und aufgefordert wird, das Auge zu schliessen, so gibt er zunächst die Fixation auf und kann erst dann den Orbicularis oculi zur Contraction bringen. Wenn die faradische Erregbarkeit nicht vollständig aufgehoben, sondern nur vermindert ist, so ist die Contraction des Orbicularis oculi während der Fixation möglich. Es ist aber ein schweres Zeichen, da es mit einer completen Degeneration einhergeht; wenn die Entartungsreaction zurückgeht, so verschwindet auch dieses Phänomen. — Wien. Med. Pr., No. 44.

— Einhorn und Heinz (Münchn. med. Wochenschr. 1897, No. 34) haben ein neues locales Anästheticum, das Orthoform, auf synthetischem Wege dargestellt. Dasselbe, ein Amidooxybenzoesäureester, ist ein leichtes, ziemlich voluminöses Kristallpulver ohne Geruch und ohne Geschmack. Da es sich im Wasser nur wenig und langsam löst, vermag es eine lange, bis 6 Tage hindurch andauernde anästhesirende Wirkung zu entfalten. Das Mittel wurde bis jetzt als Pulver oder in Salbenform mit sehr gutem Erfolg bei Brandwunden, schmerzhaften Geschwüren angewandt. Ueberrraschend schnell wurden mit Orthoform die durch Kehlkopfgeschwüre bedingten Beschwerden gehoben.

— Vamosy und Fenyvessy-Budapest haben zwei neue Antipyretica, Phesin und Cosaprin, experimentell geprüft und ihre Resul-

Mittel sind, Sulfoderivate, das erstere des Phenacetins, das zweite des Antifebrins. Im Gegensatz zu diesen Arzneimitteln sollen sie vollkommen unschädlich sein, zudem sind sie leicht löslich und eignen sich deshalb vortrefflich zur subcutanen Anwendung. Sie sollen sehr prompt, allerdings auch für nur sehr kurze Zeit wirken. Die Veröffentlichung ausführlicher klinischer Erfahrungen wird in Aussicht gestellt.

— Ueber ein anderes neues Mittel berichtet P. J. Eichhoff in der Deutschen Medicinischen Wochenschrift, nämlich das Captol, einem Condensationsproduct von Tannin und Chloral. Das Captol ist ein dunkelbraunes, hygroscopisches Pulver, in kaltem Wasser schlecht, in warmem Wasser und Alcohol leichter löslich. Eichhoff wandte es bei Seborrhöa capitis und Defluvium capillorum in Form einer 1—2-procentigen Lösung mit ausgezeichnetem Erfolge an (Morgens und Abends einzureiben). Schon nach 8—14 Tagen schwinden die Schuppen der Kopfhaut, die Secretion der Talgdrüsen kehrt zur Norm zurück und der Haarschwund hört nach einiger Zeit auf.

— Sandwith hat früher in Egypten das Thymol als Anthelminticum angewandt gegen Ankylostomum duodenale. Bei einem Patienten, der 12 Jahre lang an Ankylostomumanämie gelitten hatte, gingen nach einer Thymolgabe mit nachfolgendem Abführmittel 523 Ankylostomen und 550 Oxiuren ab. — Lancet, Sept. '97.

— Zur Behandlung der Störungen bei der ersten Dentition empfiehlt J. Chompret (Presse med. 1897, No. 87), das Zahnfleisch mehrmals mit folgender Flüssigkeit zu bespinseln: Rp. Cocain mur. 0,15, Chloroformii 1,0, Glycerini 20,0, Ol. ros gtt. 6, M.D.S. äusserlich, — **Wiener Med. Presse, No. 46.**

— In seiner Inauguraldissertation „Sur l'influence de la velocipedie sur les yeux" empfiehlt Mirowitsch denen, die sich dem Radsport widmen wollen, erst ihre Augen prüfen zu lassen. Bei allen entzündlichen Affectionen dieses Organes soll man das Rad nicht besteigen. Namentlich Myopen sind manigfachen Gefahren auf dem Rade ausgesetzt. Verf. empfiehlt prophylactische Waschungen des Auges mit schwachen Borsäurelösungen vor und nach der Fahrt vorzunehmen. — Berl. Klin. Woch. No. 41.

— Die bedeutende Schwierigkeit, welche die Diagnose des Typhus so oft im Kindesalter bietet, hat A. Conture bewogen, die Widals'sche Seroreaction bei Kindern einer Prüfung zu unterziehen. Er fand, dass sie in allen Perioden gleiche Resultate ergiebt. Sie hat zwar keine absolut specifische Beweiskraft, weil ihr mancherlei Fehlerquellen anhaften, mit denen gerechnet werden muss, aber ein gewisser Werth ist ihr nicht abzusprcehen. Fällt bei einem kranken Kinde, welches Typhus vorher noch nicht durchgemacht hat, die Seroreaction positiv und völlig rein aus, so kann man mit Sicherheit Eberth'sche Infection annehmen. Negative Serodiagnostik nach dem 10. Tage würde mit grösster Wahrscheinlichkeit gegen die Diagnose Typhus sprechen. **(Ref. D. Centralbl. f. inn. Med. No. 44.)**

— Gegen das Erbrechen der Tuberculösen nach der Nahrungsaufnahme empfiehlt Mathieu die Anwendung von Chloroformwasser, Eis oder Menthol. Nach Mathieu reizen die Nahrungsmittel die Magenschleimhaut, welche wie die Lungen, vom Vagus innervirt wird. Wie Marfant richtig gesagt hatte, husten die Kranken, weil sie gegessen haben, und erbrechen, weil sie husten. M. liess nach der Mahlzeit einige Stückchen Eis schlucken, was in vielen Fällen guten Erfolg hatte. Das saturirte Chloroformwasser wird mit derselben Menge gewöhnlichen Wassers gemischt, man gibt davon 2—4 Esslöffel von 10 zu 10 Minuten nach der Mahlzeit. Menthol wurde gegeben: Rp. Menthol 0,20, Mixt. gumm. 150,0. S. Vor dem Gebrauche gut aufschütteln, 2—4 Essl. in Zwischenräumen nach der Mahlzeit. Ferrand empfiehlt, den Pharynx während der Hustenanfälle oder vor der Mahlzeit mit einer 10-procentigen Lösung von Bromkalium in Glycerin zu pinseln. Wenn die Schleimhaut nicht empfindlich und nicht ulcerirt ist, kann man eine 5-procentige Lösung anwenden. Memorabilien. Therap. Revue der Allg. Wien. med. Zeitg.

— Interessante bacteriologische Untersuchungen veröffentlicht Singer in der Wiener Klinischen Wochenschrift, 1897, No. 38. In einem Fall von Erythema multiforme, welches sich an einen Gelenkrheumatismus anschloss, konnte er in den Eruptionen den Staphylococcus pyogenes albus nachweisen. In einem anderen Fall von Purpura rheumatica züchtete er Streptococcen aus dem Blute. Nach Singer entstehen die Hautaffectionen bei Infectionskrankheiten entweder durch die directe Einwirkung der Bacterien, oder sie werden durch deren Toxine hervorgerufen. Sowohl Vorkommen wie auch klinischer Verlauf des Erythema multiforme weisen demselben einen Platz in der Gruppe der rheumatischen Erkrankungen ein.

— Im Progrès médical (No. 41 und 42, 1897,) veröffentlicht L. E. Dupuy einen historischen Ueberblick über eine eigenthümliche Infectionskrankheit, die Psittacosis (Papageienkrankheit). Dieselbe soll zum ersten Mal im Jahre 1892 in Paris aufgetreten sein und seitdem beinahe jedes Jahr kleine Epidemien hervorgerufen haben. Mit den zwei genau beschriebenen Fällen, welche D. in diesem Jahre beobachtete, ergaben sich im Ganzen 70 Fälle, wovon 24 mit tödtlichem Ausgange. Diese relativ hohe Sterblichkeit (über 34 Procent) macht es erklärlich, warum Aerzte und Behörden der Papageienkrankheit nun erhöhte Aufmerksamkeit schenken. Nachdem auch der Krankheitserreger bacteriologisch erwiesen ist, stellt sie sich als eine ganz specifische Infectionskrankheit dar, welche von Thier (Papagei) auf Mensch, von Mensch auf Mensch, sowie auch von den durch die Thiere verunreinigten Gegenständen auf diesen übergehen kann. Dem in der Abhandlung genau beschriebenen Symptomenbilde schliessen sich die ausführlich dargelegten prophylaktischen Maassregeln an, welche sich theilweise schon aus der Aetiologie ergeben. — Referirt in Münchener Med. Wochenschrift No. 47.

— Ausgehend von dem Sectionsbefund einer Leiche, wo vorher vergebens die künstliche Athmung angewandt worden war, und welcher Larynx, Trachea und Bronchien mit Speiseresten angefüllt ergab.

machte Rosch zahlreiche Versuche an Leichen, welche zeigten, dass die künstliche Athmung bei Anwesenheit von Speiseresten in den Luftwegen nicht nur unnütz ist, sondern sogar direct solche dorthin befördern kann. Er betrachtet daher dieselbe als eine unter Umständen gefährliche Manipulation, und räth an, um das Regurgitiren von Mageninhalt und dessen Aspiration in die Luftwege zu verhüten, einen elastischen Schlauch in den Oesophagus einzuführen. Erst jetzt soll man mit der künstlichen Athmung beginnen. — Deutsches Archiv f. klin. Med., Bd. 58, Heft 6.

— Doyon und Dufour prüften experimentell den Einfluss von Olivenöl, Natrium salycilicum und Calomel auf die Gallensecretion, (Arch. de physiol. 1897, pag. 562), indem sie an Hunden mit Gallenfisteln die abgesonderte Galle sammelten. Die Einführung grosser Dosen von Olivenöl war ganz ohne Einfluss auf die Gallenabscheidung. Natr. sal. erzeugt zwar eine leichte Vermehrung der Galle, aber eine Abnahme des specifischen Gewichtes, sodass der Nutzen des salycilsauren Natrons bei Gallensteinen sehr fraglich erscheint. Calomel endlich vermindert die Gallensecretion in wesentlichem Grade, ist also für die Behandlung der Cholelithiasis ebenfalls nutzlos. Das einzige wirkliche Cholagogum ist die Galle selbst; nach ihrer Einführung entsteht eine beträchtliche Steigerung der Gallensecretion, so dass die innerhalb 24 Stunden abgeschiedene Gallenmenge die eingeführte Menge weit übersteigt.

— Ueber die subcutane Ernährung durch Olivenöl wurden in der Bozzolo'schen Klinik zu Turin interessante Versuche gemacht, welche bestätigen, dass in Bezug auf Schonung des Stickstoffes das auf diesem Wege einverleibte Fett denselben Werth haben soll, als das genossene. Diese Anwendung, welche keinerlei Inconvenienzen habe, und der Resorption durch Rectum und Vagina sehr vorzuziehen sei, sei überall da anzuwenden, wo Nährklystiere am Platze seien, besonders auch bei Diabetikern mit abnormem Stickstoffverbrauch.

— Die von Ehrlich aufgestellte Werthbemessung des Diphtherieheilserums wird von Lohnstein einer scharfen Kritik unterzogen. (Ther. Mon.-Hefte, 9, 1897.) Aus seiner Beweisführung, deren Einzelheiten hier nicht wiederzugeben sind, folgert L., dass bei der grossen Veränderlichkeit der Virulenz der Diphtherietoxine ein constantes Testgift bisher noch nicht vorhanden ist: infolgedessen gibt es zur Zeit auch noch keine Grundeinheit für das Diphtherieheilserum. Man kann also nicht sagen, dass das Diphtherieheilserum gegenwärtig ebenso genau dosirt werden könne, wie nur irgend ein organisches Medicament. — Münch. Med. Wochenschr. No. 47.

— Nach der Annahme von Patrick Manson stellt die Anwesenheit der Malariaplasmodien im menschlichen Blute eine normale Phase des Entwicklungsganges dieser Parasiten dar. Aehnlich wie es bei der Filaria sanguinis der Fall ist, würden die Malariaerreger aus dem Blute durch Mosquitos weggetragen und wieder in der Aussenwelt, Sümpfen etc. abgelagert. Sollte sich diese Theorie bewahrheiten, so hofft M., dass es gelingen werde, die Plasmodien ausserhalb des menschlichen Körpers nachzuweisen.

— In der Münchner Medicinischen Wochenschrift, No. 39, berichtete Dr. Jüngst in Schweinfurt über einen Fall von Fremdkörper am Penis. Ein 26-jähriger Mann hatte sich eine Schraubenmutter über den Penis gestreift, konnte das Ding aber nicht mehr entfernen. Das Glied schwoll mächtig an und verfärbte sich blauroth. Jüngst fährt in seiner Krankengeschichte fort: „Ich sah ein, dass auch nicht Chloroformnarcose bei dem behinderten Rückflusse des Blutes in den Schwellkörpern eine Erschlaffung herbeiführen würde und da Harnverhaltung (seit 6 Stunden) bestand und Gangrän zu befürchten war, blieb weiter nichts übrig als durch Feilen den Schnürring zu entfernen. Nun bemerkte ich auch, dass Patient selber schon dies versucht hatte — und eine Feilfurche angelegt, jedoch wegen zu langsamen Fortschreitens seiner Bemühungen, Befreiungsversuche wieder aufgegeben hatte. Es wurde also ein Schmied requirirt, welcher zuerst in meinem Sprechzimmer — unter Zuhülfenahme eines Handschraubstockes — seine Kunst probirte, jedoch bald wegen ungenügender Fixirung des Objects für nöthig erklärte, den Patienten in die nahe Schmiede zu transferiren, wo dieser auf einen Schemel gestellt und in einen grossen Schraubstock gespannt wurde, an dem das Feilen, beim Scheine einer Küchenlampe, seinen Fortgang nahm — ein Bild, würdig eines Momentphotographen. Der Schmied brachte mir am nächsten Tage das Object, welches er nach seiner Angabe, erst nach zweistündiger Bemühung hatte entfernen können, ohne den Patienten zu beschädigen. Er hatte, da ihm das Feilen zu langsam ging, inzwischen einmal den Missethäter an den Ambos geschleppt und mit Meisselschlägen den Ring zu sprengen gesucht. Dies misslang jedoch, und so feilte er an einer Stelle gänzlich, an einer gegenüberliegenden beinahe durch, bis die Entfernung gelang. Sofort habe Patient Urin lassen können. In der ihm zugänglichen Litteratur fand Jüngst Fälle von Messingringen, Bindfäden etc., welche zu onanistischen Zwecken um den Penis gelegt wurden, glaubt aber die Litteratur mit einem „gewichtigen" Fall (das Gewicht der Schraubenmutter betrug 190 gr., Höhe 1,7 cm., Durchmesser über 5 cm., Lumen fast 2,5 cm.) bereichert zu haben.

— Einen ähnlichen Fall von Incarceration des Penis veröffentlicht Ameisen im Przeglad lekarski (ref. im Centralbl. f. Chir. No. 44). Ein 22-jähriger Kretin hatte sein Glied in ein, in einer 4½ kg. schweren eisernen Stange befindliches Loch gesteckt, und konnte es von dort nicht mehr herausbringen. Es traten bedrohliche Symptome einer Incarceration des Penis ein. Die Befreiung des Gliedes gelang erst nach äusserst mühevoller Spaltung der Eisenstange durch einen Schlosser.

— G. Sticker in Giessen hat in Uebereinstimmung mit Jeanselme und Laurens gefunden, dass sich der bisher nicht bekannte Primäraffect der Lepra in der Nase befinde. (Zeitschrift für pract. Aerzte, 1897, No. 20.) An der Schleimhaut des knorpeligen Theiles der Nasenscheidewand bildet sich ein anfänglich flaches, allmählig tiefer greifendes Geschwür, welches endlich zur Perforation des Septums führen kann; oder eine stärkere Schwellung der Schleimhaut, die sich flächenhaft ausdehnt, unter der Form einer chronischen Rhinitis

die gemeine Ozaena nachahmt, und anfänglich Obstructionen der Nasengänge, später tiefe Zerstörungen des Nasengerüstes verursacht. Dieser Primäreffect besteht activ oder in seinen anatomischen Folgen zu allen Zeiten der Krankheit und geht mit seinen Anfängen den ersten äusseren Erscheinungen der Lepra auf der Haut, an den Nerven u. s. w. vorauf. Seine specifische Bedeutung wird durch die massenhafte Anwesenheit der Leprabacillen im zähen leimartigen Excret der kranken Nasenschleimhaut bewiesen. — Wiener Med. Presse No. 46.

— Zur Abortivbehandlung der Influenza empfiehlt Freudenthal-Peine angelegentlich das Calomel. (Ther. Mon.-Hefte, 10, 1897.) Eine Wirkung ist nur innerhalb der ersten drei Tage zu erwarten. Die Dosis wird je nach Geschlecht und Alter bemessen; bei Männern 2 Mal 0,1, bei Frauen 3 Mal 0,05, bei Kindern so viel Centigramme wie Zahl der Jahre. — Münch. Med. Wochenschr. No. 47.

— M. A. Terson berichtet in der Société de biologie, Sitzung vom 10. October '97, über eine beiderseitige Opticusatrophie nach Jodoformbehandlung einer Verbrennung. Eine 48-jährige Frau hatte sich mit brennendem Oel an den Schenkeln und am Bauche verbrannt; die Brandwunden wurden mit Jodoform behandelt. Drei Wochen darauf trat, ohne dass Zeichen einer Jodoformintoxication aufgetreten waren, eine beiderseitige, fortschreitende Amblyopie auf, die allen Behandlungsmethoden Widerstand leistete. Im Anschluss daran, erinnerte Terson an die Beobachtungen von Mooren über das Auftreten von Neuritis optica und an die Beobachtung von Wagenmann über das Auftreten von Netzhautblutung nach grossen Verbrennungen ohne Jodoformbehandlung; andererseits lehren die Beobachtungen von Valude, von Hirschberg und Küster, von P. Smith und von Hutchinson, dass nach Jodoformgebrauch toxische Amblyopien bald ohne Läsion des Augenhintergrundes, bald mit bleibenden Veränderungen desselben auftreten können. — Wien. Med. Presse No. 44.

Kleine Mittheilungen.

— Durch ein Circular von Washington aus, wurden die Immigrationsbehörden instruirt, Einwanderer, die an Favus leiden, nicht an das Land zu lassen, sondern in ihre Heimath zurückzuschicken.

— An den Ost- und Westgrenzen des Deutschen Reiches wurden in der letzten Zeit Maassregeln gegen die weitere Einschleppung von Anchylostomum duodenale getroffen. In Dortmund wurden infolgedessen kürzlich 70 russische und galizische Arbeiter ausgewiesen. Im Schlesischen Industriebezirk wurde bei 21 Grubenarbeitern, welche in der Charlottengrube bei Czernitz, Kreis Rybnik, Arbeit genommen hatten und wegen Verdachts der Anchylostomie in dem Knappschaftslazareth zu Rybnik untergebracht werden mussten, zufolge ärztlicher Untersuchung in 18 Fällen das Vorhandensein festgestellt. Demzufolge sind die sämmtlichen 21 Arbeiter über die Grenze zurückgeschafft worden; ausserdem hat die Desinfection der Grube stattgefunden und dieselbe wird ferner zur Verhütung eines Umsich-

greifens der gefährlichen Krankheit einer längeren Controle unterworfen werden. — Münchn. Med. Woch. No. 45.

— Die internationale Lepra-Conferenz in Berlin definirte ihre Stellung zur Lepralrage in folgenden Sätzen: 1. Der Leprabacillus ist der wahre Krankheitserreger. 2. Die Lebensbedingungen und die Wege des Eindringens in den menschlichen Organismus sind unbekannt. Wahrscheinlich ist die Einbruchspforte für den Menschen der Mund und die Nasenschleimhaut. Sicher ist, dass der Mensch der alleinige Träger des Bacillus ist. 3. Die Lepra ist eine ansteckende Krankheit; aber sie ist nicht vererblich. Je schlechter die socialen Verhältnisse, um so grösser ist die Gefahr für die Umgebung. 4. Die Lepra hat bisher allen Bestrebungen, sie zu heilen, widerstanden. Daher erscheint eine Absonderung der Leprakranken, namentlich wo die Krankheit herdweise oder epidemisch sich zeigt, wünschenswerth. Die Erfolge, welche in Norwegen durch die Absonderung erzielt sind, sprechen eindringlich für die Methode. Unter ähnlichen Verhältnissen wie Norwegen ist die Absonderung der Leprakranken im gesetzlichen Zwangswege durchzuführen. Die Sätze wurden durch die nachstehenden Anträge des Herrn Hansen ergänzt:

1. In allen Ländern, in welchen die Lepra herdweise oder in grösserer Verbreitung auftritt, ist die Isolation das beste Mittel, um die Verbreitung der Seuche zu verhindern. 2. Das System der obligatorischen Anmeldung, der Ueberwachung und der Isolation, wie es in Norwegen durchgeführt ist, ist allen Nationen mit autonomen Gemeinden und hinlänglicher Zahl der Aerzte zu empfehlen. 3. Es muss den gesetzlichen Behörden überlassen werden, nach Anhörung der sanitären Autoritäten, die näheren Vorschriften, die den speciellen socialen Verhältnissen angepasst werden müssen, festzustellen.

— An der Versammlung deutscher Naturforscher und Aerzte zu Braunschweig äusserte sich Oberst-Halle in folgender Weise über „die Grenzen der Leistungsfähigkeit des Röntgen-Verfahrens in der Chirurgie". (Collectivbericht der „Freien Vereinigung der deutschen medicinischen Fachpresse".) Nachdem Oberst jetzt zwei Jahre lang das Röntgen-Verfahren geübt und seine Leistungsfähigkeit erprobt, kann er nicht genug vor den leider unter den Patienten allzuhoch gehenden Erwartungen warnen. Es ist ihm nicht selten passirt, dass Kranke mit chronischen Leiden, sogar solche mit chronischen Obstipationen durchleuchtet werden wollten, um den Sitz und die Ursache des Uebels zu erkennen. Ja viele brächten sich sogar schon die Röntgogramme mit und verweigerten jede weitere Untersuchung als nunmehr unnöthig. Das Hauptgebiet des Röntgen-Verfahrens sind einmal die Verletzungen, dann die angeborenen und erworbenen Deformitäten und die Fremdkörper. Und seitdem wir durch den Gypsverband hindurch die genaue Lage der Knochen bis auf den Millimeter bestimmen können, gibt es bei Fracturen kein besseres Verfahren. Was den Werth des Röntgen-Verfahrens zum Zwecke operativer Eingriffe bei Fremdkörpern anlangt, so ist Oberst der Meinung, dass man erst dann nach sicherster Diagnose der Fremdkörper zur Operation sich entschliessen soll, wenn dieselben anfangen, Beschwerden zu machen. Bei den Er-

krankungen der Weichtheile, leistet das Verfahren so gut wie nichts. Bei der Tuberculose der Knochen verdanken wir dem Röntgen-Verfahren werthvolle Aufschlüsse, doch lässt dasselbe auch manchmal im Stich. So hat Oberst einen Fall von tuberculösem Kniegelenk photographirt, ohne sichtbare Aufschlüsse, während die nachfolgende Operation zwei tuberculöse Herde in den Condylen des Oberschenkels ergab. Bei der osteomyelitischen Necrose liefert das Verfahren gute Resultate. Die Sequester sind immer sichtbar, wenn sie nicht sehr klein sind und central liegen, ob sie sich schon gelöst haben oder nicht, darüber erhalten wir nicht immer sichere Aufschlüsse. Bei Konchengeschwülsten erhalten wir keinen wesentlichen Aufschluss zur Diagnose und Therapie, die Bilder sind verschwommen. Höchstens sind wir im Stande, vermittelst des Photogrammes eine Frühdiagnose zu stellen, wie es König in einem Fall gelungen ist. Bei der Artritis urica bekommen wir gute und zuverlässige Bilder, auch bei den Gelenkkörpern, doch hat Oberst einige Gelenkkörper, wohl palpiren, aber nicht auf die Platte bekommen können. Was die chirurgischen Erkrankungen innerer Organe anlangt, hat Oberst ganz gute Resultate erreicht. Er konnte ein metastatisches Sarcom feststellen, allerdings mit unscharfen Bildern.

Die Gallensteine sind nicht nachweisbar, dagegen Blasensteine, doch glaubt Oberst, dass ihr Nachweis durch das Röntgen-Verfahren nicht immer sicher und vor allem auch entbehrlich ist, denn trotz Röntgen müsse man noch durch genaue manuelle und instrumentelle Untersuchung das Vorhandensein und die Lage feststellen. Nierensteine auf das Photogramm zu bekommen, ist bis jetzt nur einmal (Kümmel) an der Leiche gelungen. Vor allem warnt Oberst davor, dass der Ungeübte sich schnell den übertriebenen Erwartungen hingibt und durch den Enthusiasmus leicht zu falschen Schlüssen kommt. Ihm ist es auch einmal passirt, dass er eine Diastase des Sterno-Clavicular-Gelenks diagnosticirte, weil die Röntgographie eine über 1 cm. weite Lücke an der Stelle aufwies. Es zeigte sich jedoch, dass der Gelenkspalt durchaus die physiologischen Grenzen hatte. Er hat es sich deshalb zur Norm gemacht und räth es jedem, in solch einem verdächtigen Falle auch die andere Seite zu photographiren. Das Röntgen-Verfahren hat sich in der Chirurgie einen dauernden und sicheren Platz verschaffen. In keinem modernen und mit allen Hülfsmitteln heutiger Technik ausgerüsteten Krankenhause sollte ein Röntgencabinet fehlen, wenngleich es zu viel ist, wenn Kurt Müller die Wichtigktit der Entdeckung des Röntgen-Verfahrens mit der epochemachenden Einführung der Lister'schen Methode vergleicht. Ein geübter Diagnostiker kommt immer noch weiter, als ein schlechter mit Röntgen-Verfahren.

— In einem Vortrag „Ueber gesetzmässige Erscheinungen bei der Ausbreitung einiger endemischer Krankheiten", gehalten in der Hufeland'schen Gesellschaft, spricht sich Gottstein dahin aus, dass bei der Verbreitung von endemischen Krankheiten nicht die Beschaffenheit des Contagiums entscheidend ist, sondern die Empfänglichkeit der Gattung für dasselbe, eine Eigenschaft, welche mit der Natur des Contagiums nichts zu thun hat. Die Grösse dieser Empfänglichkeit lässt

sich zahlenmässig für jede contagiöse Krankheit feststellen, indem man empirisch bestimmt, wie viele von je 100 Menschen, welche mit dem betreffenden Contagium nachweislich in Berührung gekommen sind, nachträglich auch wirklich daran erkrankten. Gottstein nennt diese für die Ausbreitung einer contagiösen Krankheit so wichtige Zahl, den Contagionsindex, und hat versucht, denselben an einem grösseren Material für 3 Krankheiten, nämlich Masern, Scharlach und Diphtherie empirisch zu bestimmen. Das Material entnahm Gottstein den ärztlichen Meldekarten für die Polizei in Berlin. Er rechnete aus denselben heraus, dass von 100 Kindern, die mit dem Maserncontagium, d. h. mit Masernkranken, in Berührung kamen, über 95 an Masern erkrankten. Es ergibt das also für die Masern, auf die einzelne Person berechnet, einen Contagionsindex von mindestens 0,95. Für Scharlach rechnete er einen solchen von 0,4 heraus und für Diphtherie 0,1. Als Beweis für die Richtigkeit seiner Berechnung führt Gottstein die Sterblichkeitscurven (da ihm Krankheitscurven nicht zur Verfügung standen) für die genannten drei Krankheiten aus zahlreichen europäischen Grossstädten an. Bei diesen Curven zeigten sich entsprechend der Gottstein'schen Angabe über die Grösse des Contagionsindex die Maserncurven als die steilsten, die Scharlach als bei weitem flacher, und als die flachsten die Diphtheriecurven. Für die Verschiedenheit des Vordringens dieser drei Krankheiten gibt Gottstein folgende Erklärung: Bei der allgemeinen Empfänglichkeit für das Contagium der Masern wird in ganz kurzer Zeit die Zahl der Erkrankungsfähigen ergriffen, sodass nothgedrungen die Epidemie aus Mangel an Material absinken muss; aber schon wenige Jahre später ist ein neues Geschlecht da, welches dem Contagium wieder ein grosses Feld zur Ausbreitung gibt. Für Scharlach sind die Verhältnisse ähnlich, nur quantitativ von etwas längerer Dauer. Für das Contagium der Diphtherie aber ist das Menschengeschlecht so viel weniger empfänglich, dass die ausgiebige Auslese des besonders disponirten Individuen durch den Tod genügt, um die betroffene Generation und durch Vererbung sogar auch vielleicht für die nächste Generation der Krankheit den Boden zu entziehen. Erst wenn die Seuche zeitweise ganz zurückgetreten, erwächst eine neue Generation, welche derselben nicht mehr angepasst ist, und nun findet sie wieder Boden, und das Wechselspiel beginnt von Neuem. — Centralbl. f. allgem. Gesundheitspflege.

— Ueber die Verwendung der X-Strahlen im chemisch-analytischen Laboratorium hat Dr. W. Thörner umfangreiche Versuche angestellt. Unsere Nahrungs- und Genussmittel, welche je vorwiegend aus C, O, H und N bestehen, lassen die X-Strahlen sehr leicht durch, und zwar um so leichter, je weniger anorganische Bestandtheile sie enthalten. So sind reine Mehl- und Stärkeproben, Honig und Zucker leicht durchlässig; ein Zusatz von kohlensaurem Kalk, Gyps oder Schwerspat ist durch die geringere Durchlässigkeit leicht zu constatiren. Geschmolzene Butter, Talg, Schmalz und Margarine, Pflanzenfette und Oele erwiesen sich als annähernd gleich durchlässig, wurde aber z. B. die Butter mit Kochsalz durchknetet, so war diese Manipulation bei der Durchleuchtung mit X-Strahlen deutlich bemerkbar. Weizenbrod war

am leichtesten durchlässig, hierauf folgten Roggenbrod und gesäuertes Graubrod, dann das ungesäuerte Graubrod und schliesslich das Schwarzbrod oder Pumpernickel. Rahm, Vollmilch, Magermilch, stark gewässerte Milch und reines Wasser erwiesen sich in 2 cm. dicker Schicht annähernd gleich durchlässig, ähnlich verhielten sich Biere, Weine und Spirituosen. Bei den Kaffeebohnen liess sich nicht nur der Einschnitt, sondern auch die Structur der Samenlappen auf dem Schirm erkennen. Bohnen aus Brotteig zeigten ein vollkommen structurloses Bild, solche aus Ton tiefschwarzes Gebilde ohne jede Structur. Während reiner Thee ziemlich leicht durchlässig ist und kein characteristisches Schattenbild gibt, ist der mit anorganischen Farbstoffen aufgefrischte oder beschwerte Thee mehr oder weniger undurchlässig. Bis jetzt war noch keine Methode bekannt, in einfacher und schneller Weise festzustellen, ob Haselnüsse, Wallnüsse, Knackmandeln, Paranüsse etc. frisch und voll, alt und taub oder verdorben und wurmstichig sind. Hierzu eignet sich die Durchleuchtung mit X-Strahlen ganz vorzüglich, der Inhalt der Nüsse ist deutlich auf dem Bilde zu erkennen. Nähseidesorten zeigten eine sehr verschieden grosse Durchlässigkeit, und zwar scheint dieselbe umgekehrt proportional dem Aschengehalt der Seide zu sein. Wie sich die Seidengewebe verhalten, konnte noch nicht festgestellt werden. — Med. Neuigkeiten No. 39.

— Microbes on Money. (The Lancet, 3759, ref. in Centralbl. f. allg. Gesundheitspflege, Heft 10—12, pag. 465.) Im Militärkrankenhaus in Dey wurden von Dr. H. Vincent zahlreiche Untersuchungen über Microorganismen auf Geldstücken angestellt. Die Zahl solcher Bacterien war eine sehr grosse, schwankte aber in weiten Grenzen, auf Gold und Silbermünzen wurden 160 und 3500 und auf Kupfermünzen noch mehr gefunden. Von den Versuchsthieren, bei welchen Injectionen mit solchen Bacterien angestellt wurden, starb oder erkrankte heftig der zehnte Theil, in einem Falle entstand Tuberculose. Weitere Experimente zeigten nun, dass die Münzen in sich eine gewisse antiseptische Kraft haben, indem pathologische Keime auf Münzen bald absterben. Die Zeit in welcher das Absterben erfolgt, variirt nach der Temperatur und nach dem Metall. Bei einer Temperatur von etwa 36 Grad C. gingen viele pathogene Microorganismen schon in weniger als 6 Stunden zu Grunde. Die Diphtheriebacillen gehören zu den widerstandsfähigsten; goldene Münzen haben eine geringere antiseptische Kraft als silberne und bronzene Münzen.

— In der Vierteljahresschrift für gerichtliche Medicin publicirt Bleich einen Fall von Sarggeburt. Die Leiche einer Frauensperson, welche ertrunken aufgefunden worden war und bei der die Leichenschau bestehende Schwangerschaft im 6. Monat erwiesen hatte, musste wieder ausgegraben werden, weil man ein Verbrechen vermuthete. Zwischen den Schenkeln der Leiche fand man eine kopfgrosse, dunkelrothe Geschwulst, welche den invertirten Uterus darstellte, mit welchem an einer 44 cm. langen Nabelschnur die Leiche eines 36 cm. langen Kindes verbunden war. Von den sich gegenüber stehenden Theorien über die Ursache der Sarggeburt: Herauspressen des Kindes durch den Druck der Fäulnissgase im Abdomen, oder post-

mortale Uteruscontractionen, hält Bleich weder die eine noch die andere für glaubhaft.

— In den deutschen medicinischen und speciell hygienischen Zeitschriften bildet die Frage der Hebammenreform eine der ständigsten Themata. Die Wichtigkeit desselben leuchtet ein, wenn man die doppelte Thatsache ins Auge fasst, dass einerseits in Deutschland von den 1½ Millionen jährlichen Geburten ca. 1,400,000, also ca. 90 Procent, ausschliesslich von Hebammen geleitet werden, und dass andererseits ausserhalb der Spitäler die Zahlen von Kindbettfieber nach Mommsen seit Beseitigung der schlimmsten Verhältnisse der vorantiseptischen Zeit dieselben geblieben sind.

— Die Resultate seiner Untersuchungen bei Studien über Mehl und Brot fasst Eugen Welte in folgenden Sätzen zusammen: 1. Das Verschimmeln des Brotes ist immer auf eine Infection von Aussen zurückzuführen, die im Mehl und Sauerteig vorhandenen Schimmelpilze gehen beim Backen zu Grunde. 2. Penicillium glaucum, Aspergillus nidulus greifen das Eiweissmolekül des Brotes an und verwandeln es in im Wasser leicht lösliche N-Verbindungen, ohne jedoch den N des Brotes quantitativ zu verändern. Die Kohlehydrate erleiden durch das Verschimmeln eine erhebliche Einbusse und werden grossentheils in CO_2 übergeführt, woraus ein bedeutender Verlust des Brotes an Trockensubstanz und Nährwerth resultirt. 3. Die untersuchten drei Schimmelarten verursachten weder durch ihre Stoffwechselproducte noch durch ihre Sporen vom Verdauungskanal aus toxische Wirkung, machen aber wegen der widerlichen Geruchs- und Geschmacksveränderung die Brote unappetitlich und schwer geniessbar. — Ref. in Centralbl. f. allgem. Gesundheitspflege.

— Jungmann untersuchte im Würzburger hygienischen Institut das Verhalten des frisch und altbackenen Brotes zu den Verdauungssäften, um festzustellen, ob die Schwerverdaulichkeit des frischen Brotes für einige Personen veranlasst sei durch Alteration der Menge und Beschaffenheit der Verdauungssecrete. Es ist ihm nun nicht gelungen, in dem Verhalten von frischem und altem Brot zu den Verdauungssäften Speichel, Salzsäure, Pepsin einen auffallenden Unterschied zu finden. Er glaubt daher die Beschwerden, die manche nach dem Genuss frischen Brotes empfinden, seien rein in mechanischen Momenten begründet. Frisches Brot kann, nach seiner Ansicht, rascher geschluckt werden, d. h. nach kurzem Kauen, es bildet dann feste Klumpen, die, wenn sie auch ziemlich schnell Salzsäure annehmen und vielleicht in der gleichen Zeit ähnlich viel Pepton bilden wie altbackenes Brot, dennoch bis zur Lösung mechanisch die Magenwände reizen, gerade wie halbgahre Kartoffeln etc. — Ref. in Centralblatt f. allgem. Gesundheitspflege.

— Der Katechismus der künstlichen Kinderernährung. Munk und Uffelmann stellen an eine ihrem Zweck entsprechende künstliche Kinderernährung die folgenden Anforderungen: 1) Die künstliche Ernährung soll dem Kinde die für die Erhaltung und den Aufbau seines Körpers nöthigen Nährstoffe in genügender, aber

auch nicht zu reichlicher Menge darbieten; 2) sie soll diese Nährstoffe möglichst in demselben gegenseitigen Verhältnisse, wie gute Muttermilch und in 3) möglichst leicht verdaulicher Form wie diese enthalten; 4) sie soll auch hinsichtlich ihrer Consistenz der Muttermilch gleichen und wie diese 5) eine Temperatur von 38 Grad Celsius haben; 6) sie darf nicht neben den Nährstoffen anderweitige Stoffe enthalten, welche schädlich wirken können, (Säuren, Infectionsstoffe, Fäulniss- und Gährungserreger, Toxine); 7) sie muss ebenso langsam und ebenso regelmässig wie die Muttermilch zugeführt werden.

— In einer Inauguraldissertation (Sur l'allaitement des nouveaux-nés) stellt L. Henry die Grundsätze seines Lehrers Pinard und die Resultate der aus seiner Klinik hervorgegangenen Arbeiten zusammen. Schon direct nach der Geburt beginnt der Kampf des Arztes gegen die Vorurtheile der Mütter, nicht stillen zu können, da die eigentliche Milchsecretion nicht sofort eintritt, sondern erst 56—59 Stunden nach der Geburt bei Mehrgebärenden, 74 Stunden nachher bei Erstgebärenden, oft vergehen noch weitere Tage, bis die Milchsecretion lebhaft wird, und oft Wochen, bis sie ihre volle Höhe erreicht. Kleine Brustdrüsen beweisen nicht die Unfähigkeit zu stillen. Reizen der Warzen ist sehr dienlich; selbst bei Jungfrauen soll schon auf diese Weise geringe Milchsecretion erzielt worden sein. Reichliche Ernährung des Kindes in seinen ersten Lebenstagen ist schädlich. Diarrhoe und Icterus neonatorum rühren nach Pinard häufig von zu reichlicher Ernährung durch eine Amme her. Gewichtsabnahme Neugeborener in den ersten Lebenstagen ist ebenfalls keine Contraindication zum Weiterstillen, Kinder von wiederholt Stillenden verlieren normalerweise an Gewicht bis zum 4. Tage, Kinder von erstmals Stillenden 8—10 Tage lang. Kräftige Kinder verlieren mehr als schwache. Die Kindersterblichkeit in armen Gegenden, wo die Mütter zum Stillen gezwungen sind, ist sehr gering, wie z. B. in Irland, wo sie nur 9 Procent beträgt, während sie in Württemberg und Bayern 32 Procent betragen soll. Die in Frankreich verbreitete Sitte, Kinder von Ammen ausserhalb der Familie aufziehen zu lassen, gibt sehr schlechte Resultate. Ein solches Kind hat nach den angeführten Statistiken 4 Mal mehr Aussicht zu sterben, als ein von der Mutter in der Familie gestilltes, und doppelt so viel, als ein in der eigenen Familie künstlich ernährtes Kind. Eine neue Statistik aus dem Hotel de Dieu über 645 Kinder 12 Monate nach der Geburt ergiebt für Brustkinder eine Mortalität von 18,2, für Flaschenkinder 43,7 Procent. Albuminurie, Uterusfibrome und Adnexentzündungen sind keine Contraindicationen für das Stillen, nur Tuberculose und uncompensirte Herzfehler sind als solche zu betrachten. — Centralbl. f. Gyn. No. 43.

— Am zwölften internationalen medicinischen Congress in Moskau sprach Benderský über die Kleidung der Frauen und die Lage ihres Magens. Nur in einzelnen Fällen sind die Grenzen des Magens bei der Inspection des Abdomens sozusagen sichtbar (Kussmaul'sche „peristaltische Unruhe" des Magens. Verengerung des Pylorus u. s. w.). Der Autor hat ein künstliches Zeichen erfunden, welches, besonders bei Frauen, als Leitfaden zur Bestimmung der Lage des Magens dienen

kann. Es steht im Zusammenhange mit der Kleidung. Das Korsett bringt dem Brustkorb, der Leber, theilweise dem Magen viel Schaden, doch ist das nicht alles. Nicht minder, wenn nicht grösser, ist die Schädigung seitens der Bänder, der Schnüre der Unterröcke, Calecons u. s. w. Der untere Theil des Korsetts compensirt manchmal die Schädigung, welche der obere und mittlere Theil des Corsetts ausüben, indem er einigermassen als Leibbinde wirkt. Die Unterkleiderschnüre üben einen dauernden umringenden Druck aus. Wenn die Frauen sie über das Corsett anbinden, so ist die Schädigung minimal, wenn sie sie aber um den Körper verbinden, ist der Schaden am allergrössten. Die Schnüre legen sich meistens in dem Raum zwischen dem Magen und dem Colon transversum (Spatium gastrocolicum), da sie bei dem beweglichen, oft die Form ändernden Magen nicht liegen könnten, wie auch auf dem Colon mit seinen Biegungen. Anders verhält sich die Sache bei pathologischen Veränderungen der Lage, des Magens, bei Gastroptose u. s. w. Hier können die Schnüre der zu tief liegenden grossen Curvatur nicht folgen, sie legen sich höher. Auf diese Weise bildet sich ein Circulus vitiosus, die Ptose wird Dank dem Druck der Schnüre immer grösser und viele lästige Symptome werden hervorgerufen. Die Schnüre sind dünn, schmal, sie schneiden sich in die Haut hinein und man kann bei den Frauen zusammen mit den verticalen und schief verlaufenden Streifen, welche von dem Corsett abhängen, einen mehr oder weniger breiten horizontalen Streifen sehen, welcher den Unterkleiderschnüren entspricht. Diesen Streifen nennt der Autor Magenstreifen, weil er als Leitfaden zur Bestimmung der Lage des Magens dienen kann. Wenn man unter dem Streifen ein Organ findet, welches dem Magen entsprechen kann, so haben wir eine Gastroptose, wenn es aber nicht der Fall ist, so entspricht der Magenstreifen der unteren Magengrenze. Dasselbe, aber seltener, bemerkt man bei Männern, welche statt der Hosenträger sich mit Bändern aus Riemen oder Stoff umbinden. Praktisch wichtig hält der Autor, dass der Arzt den Frauen rathe, wie die Kleiderschnüre zu placiren, sie über das Corsett umbinden, oder was viel besser ist, die Unterröcke auf Trägern ähnlich den männlichen Hosenträgern, zu tragen. Die breiten Gürtel, welche die Männer statt der Weste tragen, können sehr dienlich sein. Besonders wichtig sind die Regeln für die Besitzer einer Gastroptose. — Der ärztliche Praktiker No. 21.

– Zur Beurtheilung der moralischen Idiotie. In einem Briefe an die Münchner Med. Wochenschrift worin er auf die im übrigen sehr wohlwollende Recension von Dr. Cramer No. 43 antwortet, theilt Prof. Forel eine Anzahl Gedanken mit, welche gerade in heutiger Zeit sehr am Platze sind: Forel sagt: Herr Dr. Cramer schreibt, er sei der Meinung, dass wenn das Gutachten in anderer Form abgegeben worden wäre, bei einzelnen Fällen Freisprechung hätte eintreten müssen. Ich stimme ihm vollständig bei und war mir auch dieser Sachlage bewusst. Wenn man sich vergegenwärtigt, dass man zu Juristen spricht, welche in psychiatrischen Sachen leider Laien, in gewissen Fällen sogar an Geschworene, welche ausserdem noch vielfach ganz ungebildet sind, so liegt es auf der Hand, dass die Art, wie man

spricht, oft vielfach mehr wirkt, als das, was man spricht. Aus dieser mehr oder minder unbewussten Erkenntniss entsteht aber leider eine Art, die Gutachten zuzustutzen, welche schliesslich ausartet und in einen schreienden Widerspruch mit der wissenschaftlichen Wahrheit geräth. Die Sache geht etwa so vor sich: Aus Gründen tieferer Erkenntniss ist man von der Unzurechnungsfähigkeit eines Menschen überzeugt. Man weiss aber, dass die Gerichte die bezüglichen Gründe nicht fassen und nicht anerkennen werden, weil sie in einem alten Schlendrian von Vorurtheilen befangen sind. Um daher die Freisprechung zu erlangen, greift man zu allerlei Mittelchen und Künstchen, indem man sich mit Schlagwörtern hilft, den Werth gewisser, für Laien leicht fassbarer pathologischer Erscheinungen übertreibt, obwohl sie in That und Wahrheit nebensächlich sind und erreicht somit seinen Zweck, auf eine, erkünstelte Weise, die an die bekannten Advokatenkniffe lebhaft erinnert. Die Absicht ist lobenswerth; man will das Recht nach seiner Ueberzeugung erwirken und einen Justizmord verhindern, man verhindert auch manchen auf solche Weise. Dafür aber vergibt man seine wissenschaftliche Würde und dieses rächt sich bitterlich. In der That kann man nur zu oft hören, dass die Irrenärzte ihre Gutachten erkünsteln und man wirft ihnen vor, dass dies aus fachmännischer Verbohrtheit und Verkennung der socialen Nothwendigkeiten und des gesunden Menschenverstandes geschieht. Man verkennt den wahren Grund dieser Erscheinungen und schiebt uns eine Beschränktheit des Gesichtskreises unter, die wir entschieden ablehnen müssen. Von den albernen, von ungeheilten Geisteskranken ausgehenden und von Laien geglaubten Anschuldigungen, die, durch billigen Druck verbreitet, unsern Stand in den Koth ziehen, will ich hier nicht sprechen. Ohne Märtyrer kann die Cultur nicht fortschreiten, und es ist besser, dass es einige Märtyrer gibt, als dass das Ganze leidet. Ich erachte es daher nicht nur als wissenschaftlich würdiger, sondern als viel erspriesslicher für den Fortschritt in der Beurtheilung geistig abnormer Verbrecher, wenn wir Irrenärzte, unbekümmert darum, ob der einzelne zu begutachtende Mensch davon Nachtheil ziehen kann, rücksichtslos und bis zum Ende unsere wissenschaftliche Ueberzeugung aussprechen. Nur so werden wir die Juristen, die administrativen Behörden, und schliesslich auch die Laien allmählig dazu bringen, die nöthigen Reformen im Strafrecht wie im Strafvollzug bezüglich geistig abnormer Menschen durchzuführen. Mögen auch für einstweilen manche Verurtheilungen von Geisteskranken dadurch erfolgen — die Märtyrer — dafür wird die Besserung und Heilung des Schadens um so rascher und vollständiger erfolgen. Was die Juristen und die Justizbehörden lernen müssen, ist, dass die Gewohnheitsverbrecher, die moralischen Idioten und viele andere constitutionelle Psychopathen eine Categorie Menschen bilden, welche im höchsten Grade gemeingefährlich sind, dass aber ihre Gemeingefährlichkeit auf einer abnormen Gehirnorganisation beruht und nicht auf bösem freien Willen, dass die althergebrachte Strafrechtmedicin nicht hilft, und ungerecht ist und dass eine besondere Behandlung dieser Menschen in speciellen, neu zu errichtenden Anstalten noch geschaffen werden muss — so ein Mittelding zwischen Irrenanstalt und Arbeitshaus.

— Die Schularztfrage kam kürzlich in der Berliner Stadtverordnetenversammlung zur Sprache. Ein Antrag, welcher die Anstellung von Schulärzten zur Untersuchung und Ueberwachung des Gesundheitszustandes der städtischen Schüler und die Ausbildung der Lehrer in der Hygiene forderte, wurde nach kurzer Berathung an eine Commission verwiesen. Man kann sich angesichts der Schwierigkeiten, die der practischen Lösung dieser Frage entgegenstehen, damit einverstanden erklären, vorausgesetzt, dass diese Commissionsberathung nicht etwa auf ein ehrenvolles Begräbniss der ganzen Angelegenheit hinausläuft, deren endlicher Regelung im Sinne der Antragsteller freilich, wie wir in Uebereinstimmung mit dem Votum des deutschen Aerztetages meinen, sich die Stadtverwaltung auf die Dauer nicht wird entziehen können. — Berl. Klin. Woch. No. 42.

— Am 26. October erfolgte in Petersburg die Einweihung des zum Andenken an den grossen Chirurgen Pirogow errichteten anatomisch-chirurgischen Museums. Der Bau des Museums hat 85,000 Rubel gekostet. Der grosse mit dem lebensgrossen Portrait geschmückte Saal ist für die Sitzungen medicinischer Vereine bestimmt, im 2. Saale ist das Museum untergebracht, in einem dritten kleineren Saale können ebenfalls Sitzungen abgehalten werden.

— Die Ergebnisse der Commission zur Erforschung der Maul- und Klauenseuche werden von Löffler und Frosch in der Deutschen Medicinischen Wochenschrift niedergelegt, und lauten dahin, dass der Siegel-Bussenius'sche Bacillus nicht der Erreger der Seuche ist. Derselbe ist bisher nicht aufgefunden worden. Der sicherste Infectionsmodus ist die Injection der aus den Blasen entnommenen Lymphe in die Blutbahn. Auch mit bacteriell steriler Lymphe lässt sich die Krankheit in typischer Weise hervorrufen. Mit der Lymphe von immun gewordenen Thieren, durch Ueberstehen der Krankheit, sind erfolgreiche Immunisirungsversuche gemacht worden.

Berichtigung. — In der letzten Nummer, pag. 611, soll es heissen Prof. Hueppe in Prag, statt Prof. Flügge in Breslau.

Geschäftliche Zuschriften, Geldsendungen. Bestellungen, u. s. w., sind zu richten an: Medical Monthly Publishing Co., 17-27 Vandewater Street, New York.

Manuscripte, Wechselblätter und Anfragen bezüglich des Inhaltes sind an den Herausgeber zu richten.

ALFRED MICHEL,
357 W. 30th St.